



**FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA
Y RELACIONES INTERNACIONALES**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Escuela de Trabajo Social

La Humanización de los Partos.

Cuando las Leyes en Salud no alcanzan.

Una aproximación al análisis de las normas y las prácticas.

María Belén Ibarra

Tesina de Grado.

Licenciatura en Trabajo Social.

Directora: Lic. María Paula Arce.

Rosario 2017

*Dedicada a mi abuela Cándida por ser
pilar fundamental en el reconocimiento y
construcción de mi linaje femenino. Y por sus
sabios 100 años.*

Agradecimientos

A Ramiro, por mostrarme que el hombre nuevo provendrá de partos en amor, respeto y libertad, que esa será la verdadera Re-Evolución.

A Matías, por ir siempre de la mano, por ser un gran cómplice y compañero de vida.

A mi Familia, especialmente a los 5 abuelos de Rami, por cuidarlo en tantas horas de trabajo y estudio.

A Pauly, por maternarme en este proceso.

A las mujeres entrevistadas como a las que respondieron la encuesta, por brindarme tiempo e información en sus relatos.

A las profesionales entrevistadas por abrirme las puertas tan amablemente.

Resumen

La presente tesina de grado indagará sobre la modalidad de implementación de la Ley Nacional N° 25.929, que regula los “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”, por parte de los equipos de salud de la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2016, en el proceso de pre-parto y parto, con la finalidad de reconocer logros y dificultades en relación a su aplicación.

Los objetivos propuestos y que guían el recorrido realizado se refieren a identificar con cuánta información llega la mujer gestante al momento del trabajo de parto y parto, reconstruir la información recibida por la parturienta acerca del progreso del trabajo de parto y parto, indagar si la mujer de parto pudo estar acompañada, advertir acerca de las dificultades que los profesionales reconocen al momento de asistir trabajos de parto y parto.

Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas a usuarias del Centro de Salud Martín y a profesionales del mismo, conjuntamente a profesionales de la Maternidad Martín, con el fin de recabar la información, que será analizada cuantitativa y cualitativamente, a la vez que la realización de una encuesta mediante internet.

Palabras claves: *Parto, Parto Respetado, Ley N° 25.929, Derechos, Información, Acompañamiento, Intervenciones, Mujer Gestante, Trabajo Social.*

Introducción:	3
Capítulo I: Perdiendo el Tapón Mucoso	6
a. Antecedentes Históricos:	6
1. a. Lo que supo ser un oficio femenino a la institucionalización del parto:	6
2. a. Lo personal es político:	8
3. a. Des-humanizando el acto de parir y nacer:	12
b. Marco Legal	16
1. b. Tratados Internacionales:	16
2. b. Normativas Nacionales:	18
3. b. Normativas Provinciales:	25
4. b. Decretos de la Municipalidad de Rosario:	25
Capítulo 2: “Coronando”	27
a. Recuperando y sistematizando la experiencia	28
b. Estadísticas Perinatales del Sistema de Salud	31
c. Sistema Organizacional de Salud en la Ciudad de Rosario	33
1. c. Maternidad Martín. Su Historia:	34
2. c. Centro de Salud Martín:	35
d. Las Voces de los Profesionales	36
1. d. Información: El derecho a poder elegir	39
2. d. Intervenciones. “Si no se crea un problema, no hay que solucionarlo”	47
3. d. Acompañamiento. “A quien apretarle la mano”	56
4. d. Dificultades del Personal de Salud:	58
e. Las Voces de las Mujeres	63
1.e. Distribución de los Partos/Nacimientos:	64
2.e. Perfil sociodemográfico:	65
3.e. Nivel de Instrucción:	66
4.e. Semanas de Gestación:	66
5.e. Trato:	68
6.e Información y Prácticas:	71
7. e. Acompañamiento, Ingesta de Alimentos y Libertad de Movimiento:	76
f. Consideraciones Finales:	84

Capítulo N°3: “Alumbramiento”	86
a. Trabajo Social y la Humanización del Parto.....	86
1. a. Propuestas de Trabajo:.....	93
Conclusiones:	96
Referencias Bibliográficas	101
Fuentes y/o Documentos Tomados de Internet:.....	104

Introducción:

*Luchar por un embarazo y parto respetado
es reivindicar la autonomía corporal femenina,
la capacidad de decidir y de sentir de las mujeres
y transformar lo personal en político.
Felitti K. (2011)*

Las 41 semanas de mi embarazo las transite en la búsqueda de un parto y nacimiento en amor, respeto y libertad para mí y mi hijo. Fue un adentrarme en los procesos biológicos, fisiológicos y emocionales por los cuales atravesamos las mujeres cuando nos encontramos gestando vida. Indagar en cada una de las etapas del embarazo, conocer y reconocer mi cuerpo, me llevo a preguntarme por mis derechos y los de mi hijo a la hora de nacer. Esta información y saberes adquiridos durante mi embarazo, el descubrimiento de diversas experiencias a la hora de parir, habilitaron la posibilidad de poder decidir junto a mi compañero, el cuándo, cómo y dónde nacería nuestro hijo.

Re-Pensar la forma socialmente aceptada en la que la mayoría de los niños llegan al mundo, ayudara a reflexionar la forma en que lo habitamos y atravesamos, y en tal sentido creo que cambiando la conciencia con respecto al parir/nacer muchas cosas pueden re-significarse en la vida. Pudiendo dar cuenta luego de este transitar que todo nacimiento es único y sagrado¹.

Estas vivencias hicieron surgir en mí interrogantes en torno a cómo se desarrollan actualmente los procesos de nacimiento en la ciudad de Rosario, en efectores de la salud pública y específicamente en las maternidades municipales. Paralelamente reflexiono, que la temática de los derechos sexuales y reproductivos esta abordada desde la formación académica, con mayor preponderancia en la problemática del aborto², sin considerar el hecho de que parir y nacer son procesos absolutamente sexuales también, y que implican al cuerpo de la mujer. Los derechos que poseemos las mujeres, nuestros hijos

¹ Durante el nacimiento, se imprimen a fuego infinitas emociones en la madre y en el bebé fundamentalmente, como así también en el padre. El niño está viviendo la experiencia más impactante de su vida, lo que pase en esos momentos, repercutirá para siempre en el mismo. “...Es un viaje iniciático y místico que nos trasciende; un momento sagrado que entra en el territorio del misterio y que nos conecta con otra dimensión. Vale la pena prepararse para eso y atravesarlo con plena consciencia porque nos hace crecer y nos aporta dones...” Un alma encarna en un momento único e irrepetible en su vida y en la de esa madre que lo gestó y lo pare. Dar a luz es un acto sagrado (ya sea un parto vaginal, intervenido o una cesárea), digno de respeto por lo que entraña en cuanto al surgimiento de una nueva vida, por lo que supone como vivencia para la madre, por lo que implica en el futuro del bebé, que es lo mismo que decir en el futuro de toda la humanidad. <http://feminaactivista.tumblr.com/post/78782853909/el-nacimiento-como-un-evento-sagrado>

² Acuerdo en que el acceso al aborto legal, seguro y gratuito forma parte intrínseca de la autonomía sexual y reproductiva, y se sustenta no solo en consideraciones sanitarias, sino más bien en la perspectiva de las mujeres como sujetas de derechos, con plena capacidad moral para tomar las decisiones más favorables de acuerdo a sus necesidades y realidades de vida.

y familias al momento del nacimiento se encuentran muy poco problematizado, hasta se podría decir, se desconocen³.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, esta tesina toma como punto inicial la efectivización de los derechos sexuales y reproductivos y la capacidad de toma de decisiones sobre el propio cuerpo, esto refiere a la autodeterminación de la mujer ya sea para interrumpir un embarazo o para ejercer la maternidad libremente. La reflexión sobre este tema es una instancia válida para dar cuenta de la concepción que la sociedad tiene sobre la sexualidad y la reproducción, pero también sobre la autonomía y libre determinación que las personas y concretamente las mujeres tienen - o deberían tener - sobre el propio cuerpo. En este sentido, apostar a defender los derechos en el parto, se presenta como un desafío quizás difícil pero imprescindible.

Para esto me propongo poder identificar en qué medida se cumplen las distintas disposiciones que señala la Ley Nacional sobre Parto Respetado N° 25.929 que regula los “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”, conocida como Ley de Parto Respetado, promulgada en 2004 y reglamentada en octubre de 2015 con el fin de reconocer como las acciones de los equipos de salud intervinientes, promueven, protegen y garantizan el cumplimiento de los derechos de la mujer durante el parto y el parto, como así también, qué dificultades tienen al momento de implementarla.

La mencionada legislación nacional, piedra angular de la temática, establece los derechos que poseemos todas las mujeres gestantes, nuestros hijo y nuestras familias, a la información, al trato digno, respetuoso e individual de los tiempos biológicos, a la libertad de elección respecto de la persona que nos acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas por parte de los equipos de salud y de suministro de medicación siempre que no comprometa al binomio madre-hijo/a.

En nuestro país, el Estado es garante del derecho a la salud. Sin embargo, Unicef en su informe “Mortalidad Materna: Un problema de salud pública y derechos humanos” (2003) expone que por más que la salud sea universal, la calidad y accesibilidad a servicios y derechos de salud reproductiva depende mucho del nivel socioeconómico

³ A la fecha, en el portal web de la Escuela de Trabajo Social, solo se cuenta con 3 tesinas de grado que han abordado el tema de la violencia obstétrica y los derechos del nacimiento.

de la mujer y de la provincia donde reside, del barrio que habita, del servicio de salud del cual es usuaria. Para las mujeres en situaciones de pobreza, la accesibilidad para alcanzar sus derechos es menor. Además, la naturalización de la violencia obstétrica se ejerce con más fuerza en ambientes donde las mujeres no están informadas sobre sus derechos. Es por este motivo que la efectiva implementación de la Ley de Parto Humanizado es una cuestión de equidad, dado que trata de ampliar estos derechos en el campo de la salud reproductiva para las mujeres más vulnerables fundamentalmente.

En referencia al hecho de parir, se rescata y destaca el aspecto profundamente humano, natural y fisiológico del mismo, esta investigación toma el acto de parir/nacer, desde un punto de vista basado en la salud⁴, en el mismo sentido en que lo enuncia la OMS en su informe “¡EL NACIMIENTO NO ES ENFERMEDAD! 16 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud” (1985), no siendo en este trabajo considerado una mera intervención quirúrgica, sino y fundamentalmente un momento de familia

Como el lenguaje crea realidades, algunos conceptos/categorías que son utilizados cotidianamente serán re-significados a fin de poder crear y ampliar las nociones ya existentes por nuevas que permitan devolver el protagonismo a los sujetos implicados en las mismas, en este caso la mujer gestante. Me propongo hablar de PARTOS RESPETADOS, cualquiera sea la vía de nacimiento del niño, considero que coexisten diversas maneras de parir/nacer, como pueden ser, partos vaginales en sus diversas modalidades, intervenidos o fisiológicos y también cesáreas.

⁴ “El parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre y su bebé se encuentran en buenas condiciones. Entendemos por mujer sana aquella que: no padece una enfermedad o presenta una complicación del embarazo, tales como parto pretérmino, estados hipertensivos del embarazo, crecimiento intrauterino restringido, embarazo múltiple, inducción del parto, etc., que hagan recomendable recurrir a cuidados o intervenciones específicas.” <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/que-es-el-parto-fisiologico>. Sitio web consultado en junio 2017.

Capítulo I: Perdiendo el Tapón Mucoso

*“....La historia del parir, que comienza antes que la obstetricia lograra salvar vidas de madres e hijos, ilustra su recorrido con mujeres que durante siglos eligieron sentarse o ponerse en cuclillas para pujar ; negarse a reconocer esta evidencia no forma parte de los avances de la obstetricia”
Giberti (1998).*

a. Antecedentes Históricos:

1. a. Lo que supo ser un oficio femenino a la institucionalización del parto:

La modernidad, iniciada en el siglo XVIII, provocó el desplazamiento de lo natural hacia lo racional. El paso trajo aparejado grandes descubrimientos científicos, pero también la racionalización de la naturaleza con consecuencias que vivimos a diario a nivel global, local, relacional y subjetivo. “Lo natural” pasó a representar el pasado, lo que había que superar con el progreso y para ello, había que desarrollar “la Ciencia”. El paradigma inicial fue la máquina y el cuerpo humano quedó asociado a esa idea, alejándose de toda concepción de lo natural. El conocimiento se instrumentalizó y se anularon las particularidades y subjetividades.

Hace un siglo atrás, la mayoría de los bebés nacían en hogares, en aquel tiempo el nacimiento era “asunto de mujeres”. El nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar y de la comunidad, que tenía lugar en los hogares con la protección y ayuda de otras mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia. En “Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano”, la antropóloga Robbie Davis-Floyd relata:

“Todas las mujeres del mundo se movían libremente durante el trabajo de parto, cambiaban de posición con frecuencia como método para aliviar el dolor de las contracciones y de la dilatación cervical. Comían y bebían cuanto querían dentro de lo que era culturalmente aceptable, nutritivo y seguro para la madre y el hijo” (Davis-Floyd; 2009:16)

El nacimiento en general, se realizaba bajo la protección de las matronas o parteras –no pocas veces asociadas a la brujería–, denominadas posteriormente como obstétricas. El significado de obstétrica es “estar a la espera”, una concepción del tiempo contraria a la modernidad, que asocia al tiempo con la velocidad. Robbie Davis-Floyd prosigue:

“Para el trabajo y el parto se mantenían erguidas y se valían del instinto para expandir el tamaño de la pelvis, aprovechar la gravead, y llevar al máximo la eficacia de los músculos abdominales necesarios para pujar. Crearon artefactos como herramientas para el parto y sillas, se aferraban a cuerdas colgadas de las vigas, parían en hamacas flexibles, y se apoyaban en palos para facilitar el parto estando erguidas. Las parteras se arrodillaban frente a las madres de pie para recibir al niño” (Davis-Floyd; 2009:17)

Durante el siglo XX los países industrializados comienzan a contar con hospitales y clínicas cada vez más grandes, y cambia la atención del parto con la incorporación de los médicos, es ahí que los nacimientos empezaron a concentrarse en las instituciones y los doctores avanzaron hasta desplazar casi totalmente a las parteras. Pero no solo hubo un desplazamiento de profesiones, sino también de géneros, ya que los hombres reemplazaron a las mujeres en la atención del parto, lo cual produjo una división del trabajo y las obstétricas quedaron reducidas al rol de asistentes del médico, que pasó a dirigirle el parto a la mujer gestante como nos relata Lehner (2012). Todo esto ocurrió en sintonía con los avances científicos: descubrimiento de los gérmenes, institucionalización de la higiene e instalación de políticas poblacionales que asignaron a la mujer el destino biológico de ser madre. Sin embargo, Castrillo en su investigación doctoral “Parir en casa, parir en el hospital. Algunas dimensiones para el análisis de los lugares del parto” nos dice que:

“La institucionalización más que una decisión médica o científica fue deliberadamente política dado que el cuerpo de la mujer se constituyó bajo la vigilancia de un Estado preocupado por la denatalidad y la degeneración de la raza. La institucionalización del parto estableció jerarquías de roles y saberes entre parteras y obstetras marcando una diferenciación de espacios y reclusando en la clandestinidad a las prácticas tradicionales. El desplazamiento-subordinación de las mujeres no se concentraba sólo en las (futuras) madres sino en las parteras, ya que éstas no sólo se ocupan de atender partos sino también de practicar los abortos, método con el que las mujeres regularon principalmente su natalidad hasta mediados del siglo XX” (Castrillo; 2015:13)

La intencionalidad de estos cambios, a su vez, estaba ligada a disminuir la mortalidad materno-infantil. Pero en los comienzos de la industrialización poco se hizo en este sentido. *“En realidad fue la industrialización del parto, no el parto en sí mismo, lo*

que provoco en la mujer el temor al parto que sienten en la actualidad.” (Davis-Floyd; 2009: 55). Durante los siglos XVIII; XIX y XX centenares de mujeres murieron en los antihigiénicos Hospitales de Europa y Estados Unidos debido a epidemias masivas de fiebre puerperal hasta que la teoría de los gérmenes fue finalmente aceptada a comienzos del siglo XX. El hecho es que el suministro de medicación innecesaria⁵, adecuada en casos de embarazos y nacimientos de riesgo, se extendió hasta generalizar una patologización del proceso de parto/nacimiento que naturalizó y legitimó dicha intervención y la rutinización de prácticas innecesarias, sin hacer atención a la individualidad del caso concreto, en embarazos y en partos sanos y fisiológicamente normales a partir de la hegemonía que procesó el saber-poder médico-científico. En resumen, “se transformó el nacimiento en una enfermedad y las madres y sus familias aceptaron ser dominados y subordinados por el Equipo de Salud, perdiendo el protagonismo y aceptando las reglas de las instituciones” (Min. Salud Nación, 2010: 13) creándose una distancia entre el profesional y el sujeto y olvidando a la mujer como persona con derechos y sentimientos.

2. a. Lo personal es político

Fue así que en los años 60:

“Una nueva generación de mujeres sintió la necesidad de ser ayudadas por el padre del bebé en el momento del nacimiento de sus hijos. Ellas empezaron a expresar esta nueva demanda cada vez más y más grande. Desde un punto de vista histórico, no se puede disociar los partos en los hospitales de la presencia de los padres de los bebés en el parto. Esto también coincidió con el momento en que empezó la tendencia a hacerse la familia cada vez más pequeña, y comúnmente reducida a la familia nuclear, de manera que en la vida diaria de muchas mujeres, el padre del hijo era la única persona alrededor” (Odent; 2012:64)⁶.

⁵ A las parturientas se las pintaba desde el pecho hasta las rodillas con yodo, se les prohibía tocar a sus propios niños, y permanecían separados desde que nacían, a veces días enteros, aunque se producían aún más infecciones en las nurseris que en los bebés junto a sus madres. Procedimientos que pasaron a ser rituales como las enemas y rasurar el vello púbico se establecieron como la premisa de que prevendrían infecciones. Décadas de investigación demostraron definitivamente que tales prácticas en realidad no disminuyen la tasa de infecciones, se implementaron a causa de categorías sociales y creencias sin fundamento, y aun hoy son comunes en países en desarrollo como el nuestro. (Davis-Floyd, 2009; 18)

⁶ Médico Obstetra francés no intervencionista. Se ha encargado de la unidad quirúrgica y de la maternidad en el hospital estatal de Pithiviers (1962-1985) y es fundador del Primal Health Research Center (Londres). En la década de 1970 introdujo los conceptos de hogar-como salas de parto y piscinas de parto en los hospitales de maternidad. Es autor del primer artículo de la literatura médica sobre el uso de las piscinas de partos (Lancet 1983), del primer artículo sobre la iniciación de la lactancia durante la hora siguiente al nacimiento entre otros. Creó la base de datos Primal Health Research

En ese marco tomaron impulso nuevas especialidades centradas en la idea del binomio “madre-hijo”, como ser ginecología, obstetricia y puericultura.

Es en estos años que en Estados Unidos como en Europa Occidental se produce lo que se denominó la segunda ola del feminismo, que identificaba como centros de dominación patriarcal esferas de la vida diaria que hasta entonces se consideraban privadas, a estos cuestionamientos corresponde el eslogan “lo personal es político”. Que se tradujo en la búsqueda de políticas de derechos (Alma/Lorenzo; 2009). Se abordaba cuestiones como los métodos anticonceptivos, aborto, embarazo, parto, puerperio, infertilidad, menstruación, los derechos sobre los hijos (patria potestad), la herencia, la legislación sobre el divorcio, entre otros. Desde el feminismo anglosajón se comienza a reivindicar los derechos de las mujeres como protagonistas en sus partos, poniendo en tela de juicio las actuaciones que rutinariamente practicaban los profesionales en la atención que tanto ellas como sus recién nacidos recibían. Este movimiento dio origen a los Planes de Parto según podemos leer en el sitio web el <https://www.elpartoesnuestro.es/>.

Felitini⁷ (2011) nos relata que en la Argentina de los años 60, las mujeres de los sectores medios urbanos atravesaban un periodo de grandes cambios a nivel político, jurídico, laboral, y nuevas pautas en relación con la reproducción y la sexualidad, evidenciadas en un uso creciente de píldoras anticonceptivas, o el DIU⁸ y una mayor aceptación del sexo antes del matrimonio. Estas transformaciones sociales, culturales y políticas llevaron a que en la década del '70 se formará un movimiento feminista de la segunda ola a nivel local, que luchaba por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en un contexto para el país y américa latina marcado por dictaduras militares y la violación sistemática a los derechos humanos.

(www.primalhealthresearch.com) y el sitio web www.wombecology.com Es el autor de 12 libros publicados en 22 idiomas y autor co-autor - de 92 artículos enumerados en www.pubmed.com.

⁷ Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Argentina (CONICET). kfelitti@fibertel.com.ar

⁸ Dispositivo intrauterino o DIU es el método anticonceptivo reversible más frecuentemente usado en el mundo.

Es en estos años que cobraron importancia las ideas del médico francés Frederick Leboyer⁹ y su “Parto sin violencia”. Su método pretendía devolverles a la mujer y al bebé un protagonismo especial. Sostenía que era importante generar un espacio de intimidad, un entorno de relajación, sin ruidos y con luz tenue. La posición vertical y la presencia del padre, si esta ayudaba a la relajación, eran altamente recomendadas. Leboyer había observado a las mujeres indígenas pariendo en un río y, viendo sus beneficios, también valoraba el parto en el agua.

Nuestro país a tono con la alta politización de la época y el impacto del feminismo, se sumaba a esta línea de atención al parto y nacimiento. En este sentido, cabe resalta una experiencia que se dio en la Municipalidad de San Isidro, en donde en el año 73, durante el brevísimo gobierno de Héctor Campora, se creó el servicio de Psicología del embarazo, parto y puerperio, en la Maternidad Municipal Eva Perón de ese municipio según relata Felitti (2011). La intención era diseñar una nueva forma de entender la psicoprofilaxis obstétrica, con una visión comprometida con el contexto social del lugar. El equipo se proponía un modelo relacional entre usuarios y profesionales donde se eliminaran asimetrías jerárquicas del saber-no saber, restituyendo a la mujer su lugar protagónico en el parto, a la población asistida su derecho a la salud y al respeto como personas. El objetivo estaba orientado a lograr los partos más naturales posibles. Una psicóloga de este equipo de trabajo, Mirta Videla¹⁰, denunció en el Diario La Opinión, las formas violentas en que solían atenderse los partos, lo que provocó su despido. Además, acababa de publicar un libro muy provocador “Maternidad: mito y realidad” en donde no solo denunciaba los maltratos

⁹ “Frédéric Leboyer nació en Francia en 1918. Estudió medicina y se especializó en ginecología y obstetricia, convirtiéndose en consultor principal de la Facultad de Medicina de París en la década de 1950. Leboyer fue el primer médico que estudió el trauma del nacimiento y que criticó las condiciones que ofrecían los hospitales del llamado «mundo desarrollado». A partir de su investigación, este obstetra francés impulsó y popularizó el uso de técnicas suaves durante el parto, en particular la inmersión de los recién nacidos en agua tibia para facilitar su transición hacia el mundo exterior. Después de años de estudio, proclamó que el bebé tenía «derechos» durante el parto, y comenzó a desarrollar nuevas ideas sobre el proceso de nacimiento. A través de sus obras ha demostrado que el ambiente emocional del nacimiento produce un profundo impacto sobre la vida del individuo”. <http://www.muscaria.com/frederick-leboyer.htm>

¹⁰ Mirta Videla, es psicóloga ha escrito numerosos libros, y desde que, hace más de cuarenta años, comenzó a desempeñar su profesión tuvo enfrentamientos continuos con el modelo de medicina que ejerce un abuso de poder contra mujeres y también contra hombres y niños. En su desafío por humanizar la medicina tuvo grandes maestros como Paulo Freire, Marie Langer, Fernanda Monasterio y Florencio Escardó. Su libro Maternidad, mito y realidad donde denuncia la “atención mecanizada, tecnicista, despersonalizada, que trataba a las pacientes y a las madres como si fueran máquinas descompuestas o simples piezas de una línea de montaje” apareció a comienzos de 1974 y fue escrito por sugerencia del Florencio Escardó, en el marco de una Colección, frustrada por los cambios políticos de esa época. Con el golpe de Estado de 1976 el libro fue sacado de las librerías, como muchos otros, y sólo unos pocos ejemplares fueron guardados celosamente por el editor, en su sótano, que por años llamó a la autora “la sobreviviente”.

hospitalarios que padecían las mujeres, sino el sistema social y de género que los avalaba. El autodenominado Proceso de Reorganización Nacional que se instaló en el gobierno el 24 de marzo de 1976 considero que el servicio de la maternidad de San Isidro cuestionaba el modelo médico hegemónico y sus relaciones de poder, ya que ponía en tela de juicio el maltrato que ejercían muchos médicos sobre las mujeres, especialmente sobre las de menores recursos, y en donde además se conjugaba con un trabajo comunitario que la dictadura cívico-militares considero subversivo, en tal sentido fue cerrado por decreto de seguridad nacional.¹¹

La dictadura con su aparato represivo paralizó la movilización política y esto interrumpió el desarrollo del movimiento feminista junto a sus reivindicaciones.

Con la recuperación de la democracia en el año 1983, los grupos de mujeres retoman el activismo político y social. Tres años después, en 1986, comienzan a realizarse anualmente los Encuentros Nacionales de Mujeres. Estos reconocen su origen en los Encuentros Feministas Latinoamericanos y del Caribe y en la III Conferencia Mundial de Nairobi, África, realizada en julio de 1985 con el fin de hacer una evaluación del Decenio de la Mujer. Los Encuentros se llevan a cabo cada año en diferentes provincias del país, donde convergen miles de mujeres provenientes de distintos ámbitos y sectores sociales, y de edades, orientaciones sexuales, condiciones y experiencias de vida muy diversa. Los pilares fundamentales de los mismos son, la autogestión, la autonomía, la democracia, la horizontalidad y el autofinanciamiento. La dinámica empleada es de talleres horizontales - sin disertaciones magistrales o de especialistas – plurales, democráticos y la participación a “título personal” sin jerarquías ni representaciones. Los temas tratados en cada uno de estos talleres son producto de las necesidades específicas de las mujeres para debatir y compartir inquietudes. Entre estos encuentros podemos descartar el número XVIII realizado en Rosario, en el año 2003, en donde las mujeres pidieron una vez más decidir sobre sus cuerpos y se debatieron las “estrategias para un aborto legal y seguro”, los taller y la asamblea en relación a este tema, dieron origen a la Campaña Nacional por el derecho

¹¹ Simultáneamente, la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis Obstétrica fue también disuelta. Alberto Hakin, quien era presidente de la entidad, convocó a sus integrantes a una reunión en su casa y allí les comunicó su inminente nombramiento como funcionario del gobierno de facto y les dijo: “Dado lo que venimos trabajando, y nuestra manera de pensar, algunas cosas yo comparto” y dice, específicamente, “menos con Mirta (Videla) que es la guerrillera de la obstetricia”. “Quedan dos opciones: o desaparecemos la sociedad y quemamos las actas, y hacen de cuenta que no me han conocido, o todos ustedes van a investigación al Side (Secretaría de Inteligencia de Estado)”. (Felitti, 2011; 11)

al Aborto legal, seguro y gratuito que existe en nuestro país desde mayo de 2005 y continúa en la actualidad. (Alma/Lorenzo 2009). En esta dirección es oportuno resaltar además, el encuentro realizado en 2014 en la ciudad de Salta, en donde por primera vez se abre el taller del violencia obstétrica, superando la contradicción para adentro del movimiento feminista entre parir en libertad y estar en contra de la campaña por derecho al Aborto legal, seguro y gratuito.

Como consecuencia de las luchas sociales del movimiento feminista, por instalar en la agenda de gobierno el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se han sancionado diversas leyes como: la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003), la Ley Nacional N° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos en el Proceso de Nacimiento también conocida como Ley de Parto Respetado (2004), la Ley Nacional N° 26.150 de Derecho a recibir Educación Sexual Integral (2006) y la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009), y se crean diferentes programas, de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, de Salud Sexual y Procreación Responsable de donde surge la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva y en el 2006 se incluye la cobertura gratuita de la Anticoncepción Quirúrgica, entre otros.

3. a. Des-humanizando el acto de parir y nacer:

En la actualidad parir trasciende el ámbito de la esfera privada e íntima para convertirse en un hecho absolutamente social, es un doble o triple nacimiento, no solo está emergiendo al mundo un nuevo sujeto, sino que la mujer y el hombre se transforman a un **nuevo rol social el de “madre” y el de “padre”**. En palabras del doctor francés Michel Odent pionero del paradigma de la humanización del parto:

“(....) si hay momentos eminentemente críticos en la existencia, si hay momentos decisivos en la evolución del individuo, estos son de verdad, el nacimiento, la maternidad y la paternidad (....) El nacimiento implica siempre la instalación de una relación triangular; aunque el padre esté ausente en el momento del nacimiento, o presente al lado de la dupla madre-hijo, o presente, por referencia o a través del lenguaje, que este sea conocido o no,

que exista una unidad entre el padre social y el padre biológico(...)"(Odent. 2008: 29)

La antropóloga Davis Floyd (2009) menciona que:

"... al convertir el proceso natural trasformativo del parto en un rito de pasaje cultural, una sociedad puede garantizar que sus valores básicos se transmitirán a los 3 nuevos miembros nacidos del proceso de dar a luz: al recién nacido, a la madre renacida en el nuevo papel social de madre y al hombre renacido como padre...."
(Davis-Floyd 2009: 58)

El término "**Parto Normal**" no será empleado dado que no hay nada que normalizar en un acto absolutamente "singular" no existen normalidades sino "particularidades al momento de nacer" ya que no hay una mujer, bebe, hombre o familia iguales. Por lo que estamos en condiciones de afirmar que el "parto normal" no existe. Sería más conveniente poder hablar de **parto vaginal**, como aquel nacimiento que se produce a través de la vagina. El mismo se puede dar de manera **fisiológica/natural**, entendiendo por esto que se respetaron los tiempos y la biología de los protagonistas, la fisiología mamífera; dejando que las partes más primitivas del cerebro actúen desde su caudal de información genética –evitando la estimulación del neocortex¹², sin ninguna intervención médica durante el proceso o **intervenido clínicamente** con el uso de prácticas, muchas veces innecesarias y estandarizadas como ya se describió anteriormente, como puede ser la aplicación de monitoreo de manera continua, oxitocina sintética, episiotomías, peridural, forceps, o frases y discursos médicos determinantes que condicionan a la parturienta en el proceso, generando mayor cantidad de adrenalina en la misma o su entorno, coartando de esta manera que la parte inconsciente y primitiva de su cerebro actué, no pudiendo la mujer "entregarse/abrirse" al proceso de traer una nueva vida al mundo, a esto último podríamos llamar un **Parto Mamiferizado** en palabras de Michel Odent, lo cual significa des-humanizar el acto de parir/nacer.

¹² Gracias a que me hemos desarrollado altamente nuestro cerebro racional, llamado Neocortex es que hoy podemos hablar, contar y ser lógicos, así como capaces de razonar. El problema a la hora de parir es que su gran actividad tiende a controlar estructuras primitivas de nuestro cerebro y, así, inhibir el proceso de nacimiento, de lo cual se deduce que una de las necesidades básicas de las mujeres a la hora de parir es evitar la estimulación de la actividad neocortical. Esto explica por qué las parturientas tienden a aislarse del resto del mundo, a olvidar lo que leyeron o a hacer lo que nunca habrían hecho en su vida diaria, como gritar, insultar, adoptar posturas inesperadas, etc. Esta reducción de la actividad del Neocórtex es un aspecto esencial de la fisiología del nacimiento en los humano. (El Parto es Nuestro 2017)

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, y en el mismo sentido en que es planteado por Organismos internacionales como la OMS, Unicef o el Ministerio de Salud de la República Argentina, un **Parto/Nacimiento Respetado** sería aquel en el cual pueden o no, darse intervenciones médicas o medicalizaciones justificadas desde lo clínico siendo las mismas consultadas e informadas a la mujer que está pariendo y/o a su acompañante¹³, en donde se explique de manera comprensible según la cultura/cosmovisión¹⁴ de los sujetos participantes y con los nombres correspondientes los procedimientos o evolución del embarazo, trabajo de parto, parto, especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos. En donde se favorezcan todas las posibilidades para el devenir del proceso de manera respetuosa de los tiempos biológicos y emocionales, donde se la considere a la parturienta una persona sana, con sus individualidades y subjetividades y no sospechosa de riesgo o eventualidad imprevisible como ha instalado el modelo biomédico¹⁵. En este sentido, que se le permita a la mujer movilizarse libremente y parir en la posición que ella elija, sin la colocación de vías por rutina, ni inducciones con oxitocina o prostaglandinas sintéticas, sin administración de enemas ni rasurados, sin la obligación de estar vestidas con batas quirúrgicas, evitando las episiotomías y el desprendimientos o roturas de membranas por rutina, pudiendo encontrarse acompañada por la persona que ella misma desee. Asimismo, que se favorezca el contacto inmediato del recién nacido con la madre, facilitando el apego y la lactancia, en donde se respeten la intimidad y lo pedidos de los protagonistas.

¹³ Las mujeres tienen el derecho de tomar decisiones sobre sus cuerpos basados en un consentimiento informado - Ley Nacional No 26.529/2009 - de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud , Historia Clínica y Consentimiento Informado, modificada por la Ley N° 26.742 y su Decreto Reglamentario No 1089/2012 – Establece el consentimiento informado - una norma legal y ética que requiere que el proveedor transmita toda la información en torno a un procedimiento sugerido o curso de tratamiento, y la persona que recibe el procedimiento o tratamiento decide si toma o no toma ese consejo. El congreso Americano de Obstetricia y Ginecología afirma claramente sobre el consentimiento informado en la atención de la maternidad: "La libertad de aceptar o rechazar el tratamiento médico recomendado tiene fundamentos legales y éticos. En el contexto obstétrico, reconoce que una mujer embarazada competente es la persona apropiada para tomar decisiones sobre el feto que ella está desarrollando. "(Comité de ACOG sobre el dictamen del Comité de Ética N ° 390 Toma de Decisiones Éticas en Obstetricia y Ginecología; dic 2007, reafirmada en 2013). <http://www.placentera.com/preparacioacuten-al-parto>

¹⁴ Es preciso tener en cuenta el conjunto de creencias, las distintas percepciones, conceptualizaciones y valoraciones que un sujeto hace o tiene sobre su entorno, fundamentalmente cuando se trata de mujeres gestantes de los pueblos originarios.

¹⁵ El parto medicalizado, tecnocrático se basa en el modelo Biomédico hegemónico, el cual prioriza los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio, y se refiere a una estructura que se define por examinar, clasificar y tratar las enfermedades. Responde a una orientación centrada en la patología y define a la salud como ausencia de enfermedad. (Modelo Medico Hegemónico y Antropología del Parto – 2014)

En síntesis, la primera obligación de los profesional de la salud que atienden a embarazadas, sería proteger la salud emocional de la misma, evitar el “efecto nocebo”¹⁶ durante el trabajo de parto y parto.

“Lo ideal sería que la embarazada moderna se hiciese una pregunta básica: ¿Qué puede hacer el profesional de la salud por mí y mi bebe? Si pensamos en el caso habitual de una mujer que no tiene enfermedades crónicas graves, sabe que está embarazada, conoce la fecha próxima de la concepción y siente como su bebe va creciendo en su vientre, tendríamos que responder con humildad: “aparte de detectar anormalidades muy visibles y ofrecer la posibilidad de abortar, no mucho”. Respecto del profesional de la salud, la premisa básica sería que su actuación se guiase por las necesidades fundamentales de la mujer embarazada.” (Odent; 2012: 48)

Dentro de este marco de acción, también se puede tener una Cesárea Respetada, es decir, con un motivo real que requiera de esta intervención quirúrgica, en donde se respete en lo posible el desencadenamiento del trabajo de parto, el tiempo del corte del cordón, el contacto piel a piel inmediato, la presencia del acompañante, en donde el equipo médico genere un momento respetuoso y dedicado sólo a esa instancia crucial en la historia de quien está pariendo y quien está naciendo. También es esencial favorecer el Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC), siendo esta una de las principales recomendaciones de la OMS en cuanto a modalidad de atención al parto, en otras palabras es la posibilidad que tienen las mujeres de tener un Parto Vaginal luego de haber tenido una o dos cesáreas previas. (OMS, 1985)

¹⁶ Se denomina **Efecto Nocebo** en medicina al empeoramiento de los síntomas o signos de una enfermedad por la expectativa, miedo, consciente o no, de efectos negativos de una medida terapéutica. Podría decirse que es la versión opuesta del efecto placebo. «Nocebo» es un adjetivo que se usa para calificar a las respuestas o reacciones dañinas, desagradables e indeseables que manifiesta un sujeto al administrarle un compuesto farmacológicamente inerte, de tal manera que las respuestas orgánicas del sujeto no fueron generadas químicamente (como resultado directo de la acción del fármaco) sino más bien como consecuencia **de las expectativas pesimistas propias del sujeto al pensar que el fármaco le causaría efectos dañinos, dolorosos y desagradables**. Por lo tanto, en el nocebo no tiene por qué existir un fármaco "real". Pero aun así, las consecuencias dañinas y desagradables a nivel bioquímico, fisiológico, **emocional y cognitivo sí lo son**. Al igual que el efecto placebo, no depende sólo de expectativas racionales sino del aprendizaje inconsciente, condicionamiento que resulta de la acción de los actos médicos. (Wikipedia – La Enciclopedia Libre). En la práctica, esto significa que el accionar, tanto sea de hecho como de palabra, por parte de los profesionales de la salud que asisten a la mujer de parto tienen un impacto fundamental en el estado emocional y físico de la misma, pudiéndose ver coartada la posibilidad de que el trabajo de parto, parto y alumbramiento se desarrolle de manera fisiológica (Odent, 2011)

En resumen, los requerimientos que establece la OMS (1985) y la Ley Nacional de humanización del Parto, para que un parto sea respetado/humanizado serían: reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas; promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional; no intervenir o interferir rutinariamente en este proceso natural; no habiendo una situación de riesgo evidente, es decir, que no se utilicen ninguna práctica y/o medicalización innecesaria; reconocer y respetar las necesidades individuales, culturales y subjetivas de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia; que la gestante y su familia sean informadas en cuanto al progreso de su estado y contando con esta información puedan decidir sobre ella y su hijo/a; respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento, favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semisentada, o como desee); respetar la necesidad de elección de la mujer de la persona que la acompañará en el parto, esto incluye una cesárea; cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido.

b. Marco Legal

La realización de la presente tesina tomará como marco normativo, Leyes Internacionales, Nacionales, Provinciales y Decretos Municipales de la ciudad de Rosario, que regulan los derechos de las/los madres/padres a la hora del nacimiento de sus hijos e hijas. Estos documentos apuntan a una atención personalizada de la mujer gestante y su familia durante el proceso del embarazo, parto y pos parto, teniendo como objetivo la mínima utilización de tecnología y/o medicalización en casos de partos de bajo riesgo, y dentro de una concepción de parto/nacimiento humanizado.

1. b. Tratados Internacionales:

A la luz de la medicina basada en las evidencias médica, científica y social, en abril de 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto.

La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 (cincuenta) participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. En la misma se determinó que las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir atención prenatal, a ser la figura central en todos los procesos que implica la maternidad y a participar activamente en ella. Además de ser respetada en los aspectos sociales, emocionales, psicológicos y culturales al rededor del parto. Se enunciaba de esta manera en el mencionado documento:

“...Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales...” (OMS: 1985; 1)

Años después, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2001 señala que a pesar de que existe aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias, se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados. Por este motivo, se elaboraron una serie de principios acerca del cuidado perinatal y se desarrollaron materiales educativos para facilitar la implementación de los mismos por parte de la Oficina Regional de la OMS en Europa. Estos principios fueron ratificados luego en una reunión de la Oficina Regional de la OMS para Europa y sus Estados miembros (Segunda Reunión de Puntos Focales para la Salud Reproductiva/Salud de las Mujeres y los Niños en la Región Europea). En resumen, los diez principios del Cuidado Perinatal que la OMS señaló en la reunión fueron:

“El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de

intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.

2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.

3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.

4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.

5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y cientistas sociales.

6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.

7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no sólo de la mujer y su hijo, sino de su pareja.

8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.

9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.

10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.”(OMS: 2001;1)

En síntesis, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el nacimiento no es una enfermedad, sino un proceso fisiológico y natural.

2. b. Normativas Nacionales

Sobre la base del desarrollo de este apartado, resaltamos que **La Constitución de la República Argentina**, en su Artículo N°19 sobre el ámbito íntimo de las personas declara:

“...Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe...”
(Constitución Nacional, art 19)

En tal sentido se desprende que cuando una conducta no afecta intereses legítimos de terceros y es relevante a la elección de vida del sujeto que la ejerce debe haber perfecta libertad, jurídica y social para realizar la acción. Parir y nacer se encontrarían dentro de la esfera de lo privado, como, de qué manera, en donde y con quien la mujer quiera estar acompañada, se encontraría dentro del marco de la ley, dado que es esta decisión no se vería tercero afectado. En el año 1967 se sanciona **Ley N°17.132 “Régimen Legal del ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las Mismas”** llamada comúnmente “El arte de curar”, que regula el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas, la misma en su Artículo N°19 Inciso N°3 establece que:

"... Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a: Inciso 3º) respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz...." (Ley N°17.132, Art. 19 Inc. 3)

Como resultado de esta norma se desprende que cuando un médico obstetra no respeta la voluntad de la mujer embarazada o a su acompañante, o se le cercena la información brindada se encontraría incurriendo en una falta grave. Esta ley, en rigor decreto-ley bajo el gobierno de facto del Gral. Onganía, tiene plena vigencia y para las infracciones cometidas establece sanciones en su Título VIII, artículos 125 a 129, que pueden llegar a la inhabilitación por un lapso de un mes a cinco años.

En nuestro país luego de la crisis de diciembre de 2001 y en medio de un clima aun revuelto a nivel político-social, se inicia una etapa de producción legislativa, en materia de acceso y garantía de derechos.

El 30 de octubre de 2002 fue sancionada la **Ley 25.673, que crea el “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”** siendo Eduardo Duhalde el presidente. Conforme se induce de su texto, tiene finalidad especialmente preventiva (art. 2 decreto reglamentario 1282/03), al apuntar a disminuir la morbilidad materno-infantil, evitar embarazos no deseados, prevenir enfermedades de transmisión sexual

y patologías genitales y mamarias, entre otros (art. 2 de la ley). En tal sentido, el programa busca asegurar a toda la población, “sin discriminación alguna” (art.3 de la ley), el acceso a información y consejería en materia de sexualidad y comportamiento reproductivo (considerandos del decreto reglamentario 1282/03). También, detectar conductas de riesgo, potenciar la efectiva participación de la mujer en la adopción de decisiones vinculadas a su salud sexual y procreación (en especial, en la libre elección de métodos anticonceptivos), y promover, adicionalmente, la salud sexual de los adolescentes (art. 2 de la ley). De este modo, se pretende garantizar el efectivo goce de relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin recelo a enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados, posibilidad de poder decidir y regular la fecundidad, derecho a un parto seguro y sin riesgos. Considerado que la participación del hombre y de la mujer en las decisiones sexuales y reproductivas hacen a la salud, también se propone promover la participación femenina en la toma de decisiones sexuales y reproductivas como actitud de “empoderamiento”. Todas prerrogativas ya consagradas en los Tratados Internacionales, cuyo contenido, con jerarquía constitucional, han quedado incorporados en nuestro ordenamiento jurídico.

En concordancia con la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el 25 de agosto de 2004 durante la presidencia de Néstor Kirchner, el Poder Legislativo Nacional sancionó la **Ley N° 25.929**, la misma, regula los **“Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”** de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación. Este hecho se da en un contexto internacional se encaminaba hacia la humanización de la atención médica de embarazos y partos, Argentina se convierte así en uno de los tres países latinoamericanos¹⁷ que poseen leyes creadas para proteger a la mujer en el campo del parto humanizado promoviéndola como protagonista de su propio parto. Es uno de los aspectos esenciales a considerar cuando se analiza la manera en la que el Estado nacional y los Estados provinciales, protegen y promueven los derechos de la mujer y su hijo o hija en el momento del nacimiento. Esta ley establece los derechos que poseen toda mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto (Art. 2); toda persona recién nacida (Art. 3) y el padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo (Art. 4), artículo que busca proteger los derechos de los grupos de mayor vulnerabilidad social. Se puede entender, que a partir

¹⁷ Los otros dos países de la región que cuentan con legislación en este sentido son Venezuela y Ecuador.

de la sanción de esta norma el Estado busca reconfigurar la atención médica de los partos/nacimientos hacia un paradigma de respeto de los derechos humanos.

La ley establece, en su artículo 5, que el Ministerio de Salud de la Nación, las autoridades sanitarias de las provincias y la Ciudad de Buenos Aires serán las autoridades de aplicación de la ley en sus respectivos ámbitos de competencia.

Resulta oportuno resalta, la innovación que plantea la ley, cuando reconoce **los derechos del padre**, a estar informado, a tener acceso continuado y a recibir asesoramiento acerca de la evolución de su hijo/a, a ser tratado de forma respetuosa, a la internación conjunta con la diada mama/bebe.

Muchos años después, durante el mandato de Cristina Fernández de Kirchner, la principal norma a nivel nacional es reglamentada por el **Decreto N° 2035** en septiembre de 2015. Facultándose al Ministerio de Salud de la Nación como autoridad de aplicación, el cual a través de la Subsecretaría de Medicina Comunitaria y Maternidad e Infancia deberá realizar acciones tendientes a asegurar su cumplimiento y reglamentación. Aun así, queda un vacío jurídico-legal en relación a un gran número de artículos e incisos sin reglamentar como lo son por ejemplo los incisos b, c y d del artículo 2 referidos a el trato individual y personalizado, a ser considerada por sobre todo una persona sana protagonista de ese momento y al respeto de la fisiología humana.

A septiembre de 2017 según el Atlas Federal de Legislación Sanitaria de la República Argentina, las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires han adherido a la Ley N° 25.929 y/o han sancionado una Ley con un contenido similar.

Los términos de la mencionada ley de “Parto Respetado” deberán entenderse siempre en el sentido de que debe velarse por la salud del binomio madre-hijo/a de conformidad con lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Así mismo, la Legislación establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio (PMO). Además, el

equipo de salud interviniente¹⁸, tanto sea correspondiente a un efector público, de obra social, de medicina privada y/o entidades de medicina prepaga, deberá informar en forma comprensible y fehaciente a la mujer embarazada y a su grupo familiar, el avance del embarazo, el estado de salud del niño/niña por nacer y acerca de las posibles intervenciones que pudieran llevarse a cabo durante los procesos de embarazo, trabajo de parto, parto, alumbramiento y puerperio, especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos. Y continúa, la futura madre tiene derecho a elegir de manera **informada, consciente y en libertad**, la manera en la que va a transitar su trabajo de parto, ya sea deambulando, optando por distintas posiciones, pudiendo elegir atravesar los dolores de las contracciones utilizando múltiples tipos de analgesia, dado que el umbral doloroso es absolutamente individual y durante todo este proceso, encontrarse acompañada por una persona de su elección, además de la vía de nacimiento. El texto de la legislación explicita que:

“...el equipo de salud y la institución asistente deberán respetar tal decisión, en tanto no comprometa la salud del binomio madre-hijo/a. Dicha decisión deberá constar en la institución en forma fehaciente. En caso de duda se resolverá en favor de la persona asistida....” (Decreto N°2035, 2015; 2)

La regulación de la normativa específica enunciada previamente, en su inciso G del artículo N° 2, establece, que cualquiera sea la vía de parto:

"toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto tiene derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto". (Decreto N°2035, 2015; 3)

¹⁸ “...En Argentina, el sistema de salud se encuentra organizado en tres subsectores con funciones diferenciadas y múltiples interrelaciones: el sector estatal, las obras sociales y el sector privado. El sector estatal o público está integrado por los ministerios nacionales y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este subsistema es financiado con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. Por otra parte, el sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales, que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. La mayoría de las obras sociales operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y patronales. El sector privado, por su parte, está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las obras sociales y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario conocidos como empresas de Medicina Prepaga que se financian con primas que pagan las familias y/o las empresas...” (Bello: 2011; 1)

La provincia de Santa Fe adhirió a la Ley Nacional de Parto Respetado a finales de junio de 2017. Siendo la última provincia en adherir.

Posteriormente la **Ley N° 26.485** sancionada en marzo de 2009 de **“Protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales”**, en conformidad con lo establecido en la Ley N° 25.929 contempla como una de las formas de agresión contra las mujeres a la Violencia Obstétrica. Definiéndola en su Artículo 6, inciso e): “Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”. Esta incorporación es de gran aporte conceptual, cultural y político al incorpora nuevos tipos de violencias que han estado invisibilizados durante décadas o siglos.

La violencia obstétrica sería entonces la manifestación de dos tipos de violencia que se articulan entre sí:

- ❖ violencia de género, definida por la misma Ley en su artículo 4 como:

“... (...) toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde del Estado o por sus agentes...” (Ley N° 26.485, art 4)

- ❖ violencia institucional, expresada en su artículo 6 inc. b de la **Ley N° 26.485** como:

“... (...) aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendida, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil....” (Ley N° 26.485, art 4 inc. b)

En el mismo sentido, la **Ley Nacional N° 26.529/2009 - de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Historia Clínica y Consentimiento Informado”**, modificada por la **Ley N° 26.742** y su **Decreto Reglamentario N° 1089/2012**, en conformidad al artículo N° 2 de la ley 25.929 establece el marco en el que deben darse los vínculos entre los usuarios del sistema médico y los profesionales e instituciones que lo conforman. Y sus ejes principales se refieren a Autonomía, Información, Trato humano y Documentación Clínica. A propósito de esto, la mencionada legislación contempla que quien se acerca al sistema de salud en nuestro país tiene derechos a, ser asistido sin que medie ninguna situación de discriminación por razón alguna; al trato digno y respetuoso; que se resguarde su intimidad y confidencialidad; recibir información completa, verdadera, adecuada y oportuna; en base a esta información recibida, deberá establecerse el Consentimiento Informado, el cual podrá ser verbal salvo los casos de internación, intervención quirúrgica y/o procedimientos invasivos. También se establece, que en cualquier momento es viable revocar el consentimiento dado y es deber de los profesionales de la salud acatar esa voluntad. Ejercer su total autonomía, lo que significa que la persona está en total capacidad de aceptar o rechazar cualquier práctica médica o intervención, sin necesidad de expresar sus razones y aún en perjuicio de su salud. De igual forma podrá en cualquier momento revocar su voluntad. Y además establece acceso total a su Historia Clínica, de la cual es único titular y dueño (Ley N° 26.742, N° 1089, 2012). Es oportuno resaltar, que como dijimos la norma establece los derechos de los usuarios y en tal sentido, deja clara las obligaciones de los profesionales de la salud.

Hasta el momento - noviembre de 2017 - la Provincia de Santa Fe no ha adherido aún a la Ley N° 26.529, si bien existe un proyecto de adhesión actualmente en tratamiento y por consecuencia en la práctica diversos aspectos de tutela de derechos de las mujeres quedan aparentemente desprotegidos.

De acuerdo a esta historización, descripción y análisis de las normativas nacionales, en relación a los derechos que los usuarios poseen ante los efectores de salud, podemos observar, más allá de las décadas que las separan a dichas legislaciones, hay un elemento en común que salta a la vista, que es la obligación del equipo médico de respetar la autonomía de aquellos a quienes asiste.

3. b. Normativas Provinciales

En el mismo sentido que las ya mencionadas leyes, la Provincia de Santa Fe ha legislado sobre la importancia del **Acompañamiento en el Parto, la Ley Provincial N° 12.443** que está vigente desde el año 2005, en donde en su Artículo 1° se enuncia que se:

“.... Reconoce el derecho de toda mujer embarazada a recibir acompañamiento durante el tiempo que dure su trabajo de parto, debiendo respetarse su voluntad de elegir libremente a la persona de su afecto o confianza en esa circunstancia, excepto en aquellos casos en que el o los profesionales intervinientes no lo consideren oportuno por interferir negativamente en el proceso del trabajo de parto, debiendo constar las razones en la historia clínica pertinente....” (Ley Provincial No 12.443/2005)

No obstante como hemos mencionado anteriormente, nuestra provincia aún no ha adherido a la Ley N° 26.529/2009 sobre los derechos del paciente.

4. b. Decretos de la Municipalidad de Rosario

En este orden de ideas se pueden citar las Ordenanzas Municipales de la ciudad de Rosario, la primera del año 2008 N° 8.333, en donde se establece con carácter permanente la realización anual de la **“Semana del Parto Respetado”** durante la cual se proyectan desde organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales distintas actividades de sensibilización sobre la humanización y el respeto en el parto y el nacimiento.

Sumado a esto, tenemos la Ordenanza N° 9403 legislada por el Consejo Municipal de Rosario en el año 2015, en concordancia con las ya mencionadas Leyes Nacionales N° 25.929/2004 y la N° 26.485/2009 en donde se establece la creación del **"Programa de Formación y Concientización sobre el Parto y Nacimiento Respetado"**, a los fines de promover acciones para fortalecer las capacidades del personal médico-sanitario de la ciudad en la atención al embarazo, pre-parto, parto y post-parto y tutelar los derechos de madres, padres e hijos en el proceso de nacimiento.

En el marco de este Programa, el Departamento Ejecutivo Municipal deberá:

- ❖ *“...Formar al personal médico y equipo de salud de todos los efectores públicos municipales, sobre el contenido, alcances, aplicación práctica y desafíos de la Ley Nacional N° 25.929, bajo la órbita de la Secretaría de Salud de la Municipalidad, el Instituto de la Mujer y la Secretaría de Promoción Social, mediante:*
 - a. *El dictado de cursos y talleres presenciales (educación no formal) para profesionales de la salud que versen sobre la humanización, el respeto en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto y nacimiento y la violencia obstétrica. El mismo será de carácter obligatorio (con la potencialidad de otorgar créditos para el ascenso escalafonario) para quienes trabajen en la atención al embarazo y parto en el sector público municipal, y abierto a personal de instituciones sanitarias públicas provinciales y privadas de la ciudad de Rosario.-*
 - b. *La implementación de un curso virtual ("on-line") sobre parto respetado, con igual alcance que el anterior (obligatoriedad para personal sanitario del sector público y voluntariedad para personal de instituciones privadas). El curso virtual se pondrá a disposición de profesionales de la salud del sector público o privado de otros municipios y provincias, si estos lo requirieren, posicionando así a la ciudad de Rosario como pionera en la temática.*
- ❖ *Implementar el dictado de un taller presencial para la comunidad que verse sobre Embarazo y Parto (preparación para el parto a mujeres y parejas gestantes) y Post-parto (atención y cuidado del recién nacido, de la mujer en estado de puerperio), desde la visión del parto respetado y los derechos del paciente, permitiendo a las mujeres y sus parejas vivir sus embarazos y el posparto con el máximo bienestar, sin miedos ni ansiedad, lo que a su vez garantizará que los bebés se desarrollen en un entorno amoroso y con un vínculo seguro. Dichos talleres se dictarán con regularidad en todos los Centros Municipales de Distrito y estará a cargo de un equipo interdisciplinario de profesionales (médicos obstetras, neonatólogos, anestesistas, licenciadas/dos en obstetricia, psicólogos/as, psiquiatras, enfermeras/ros, puericultoras, doulas) todos ellos previamente capacitados a tal fin, integrado asimismo por voluntarias y voluntarios especializados en la materia.*
- ❖ *Lanzar una campaña de difusión masiva sobre el parto respetado con foco en los derechos de madres y padres en el proceso de nacimiento mediante la confección de afiches informativos sobre los derechos de las mujeres y niños durante el proceso de embarazo, parto y post-parto y su posterior distribución en dependencias públicas municipales, tales como Hospitales, Centros de Salud, Dispensarios, Centros de Distrito, Centro Integral de Capacitación, etc. y de videos de víctimas de violencia obstétrica y su posterior distribución en canales de televisión locales y otros lugares estratégicos.*
- ❖ *Publicar en la Página Web de la Municipalidad las características y distintas manifestaciones de la violencia obstétrica, los derechos de las*

mujeres en el pre-parto, parto y post-parto...." (Ordenanza N° 9.403, 2015)

Como se observa en este recorrido que hemos realizado sobre el corpus normativo vigente, la legislación en nuestro país, sea nacional, provincial o municipal/local amparan el derecho a parir libremente, de manera consciente e informada, respetando los tiempos de la madre y el bebé.

Para lograr un alto nivel de atención respetuosa en el parto, es responsabilidad del Estado informar a las/los ciudadanas/nos sobre cómo prevenir y detectar la violencia obstétrica, y al personal médico y de los efectores de salud sobre cómo evitar este tipo de prácticas y conducirse de tal manera que se garantice el respeto de los derechos humanos.

Capítulo 2: “Coronando”

“Es importante cuidar y proteger el estado emocional de las mujeres embarazadas, puesto que ellas están gestando las generaciones futuras, y de su bienestar y equilibrio emocional, depende la salud física y emocional de esas criaturas por nacer”. (Michel Odent, 2009)

Recuperando la trayectoria que hemos descripto en el capítulo anterior sobre el marco legal vigente y de los procesos socio-históricos producidos acerca de la consideración de los derechos de las mujeres y sus familias durante el embarazo y proceso de parto, nos preguntamos ¿las mujeres que paren en la ciudad de Rosario cuentan con la información necesaria para transitar los momentos descriptos en la ley de parto respetado? ¿las parturientas rosarinas pueden ser acompañadas por la persona que ellas consideren durante los procesos de pre-parto y parto? ¿son escuchadas las elecciones y decisiones de las gestantes por parte de los equipos médicos? ¿de qué manera o con qué modalidades los efectores de salud públicos y privados implementan las instancias referidas en el marco normativo vigente? ¿cuáles son las dificultades que los profesionales de la salud tienen a la hora de poder implementar la ley de parto

respetado? ¿los profesionales cuentan con capacitaciones y actualización en relación a la normativa vigente?

a. Recuperando y sistematizando la experiencia

En este apartado intentaremos realizar una recuperación del proceso que dio como resultado esta Tesina de Grado. Entendiendo por experiencia, procesos vitales, socio-históricos, que están en permanente movimiento y combinan un conjunto de dimensiones individuales y colectivas, objetivas y subjetivas, que son vividas por personas concretas. En donde se manifiestan las percepciones, sensaciones, emociones, sensibilidades, pensamientos e interpretaciones de cada una de las personas que viven esas experiencias, incluyendo en este devenir, resultados o efectos que modifican en todo o en parte los elementos o factores existentes anteriormente. En síntesis, una experiencia es un proceso histórico en el cual se van concatenando todos estos diferentes elementos y constituyen una fuente de aprendizaje. (Holliday; 2009)

En la búsqueda de respuestas a nuestros interrogantes, comenzamos el camino de indagación mediante una búsqueda bibliográfica de fuentes relacionadas con el tema del parto humanizado y violencia obstétrica en Argentina. También se usó material como documentales, películas, se tomó contacto con fuentes no académicas a través de grupos en redes sociales, distintos sitios web, en donde circula información alternativa en relación al parto y nacimiento. Simultáneamente nos vinculamos con referentes del tema en la ciudad, abogados, doulas, obstetras, neonatólogos y organizaciones de mujeres, en actividades realizadas en la Semana del Parto Respetado en los años 2016 y 2017, que con sus sugerencias aportaron a una mayor comprensión de la problemática elegida. Así mismo, hemos participado de una de las 2 (dos) comisiones sobre Violencia Obstétrica en el 31º Encuentro Nacional de Mujeres, realizado en octubre 2016 en la ciudad de Rosario, con la intención de tener un panorama de la implementación de la legislación a nivel nacional. Todas estas actividades, nos sirvieron como disparadores para poder explicitar y definir los objetivos.

Fue así que esta investigación tuvo como primera intención visibilizar las voces y representaciones de las mujeres puérperas que hubiesen parido en instituciones

públicas, y en ese sentido pensar una estrategia de intervención interdisciplinar que incluya al Trabajo Social, en la tarea de la promoción de los derechos en cuanto al parto/nacimiento. En este orden de ideas, la Maternidad Martin nos pareció un buen espacio en donde realizar la investigación, dado que es la institución en la cual se producen más partos anualmente, paralelamente a que la Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña se encontraba cerrada por reformas edilicias.

El primer obstáculo con el que nos encontramos, fue el acceso a tener contacto con las mujeres púerperas en la mencionada institución, lo que nos llevó a presentar notas solicitando el ingreso a la institución, avaladas por el Director de la Escuela de Trabajo Social, en distintas oficinas de la Secretaria de Salud de la Municipalidad. Como respuesta, se obtuvo la exigencia por parte de la Maternidad, de presentar un proyecto al Comité de Bioética, que diese cuenta de los objetivos de la investigación para luego ser evaluada la viabilidad del mismo y por consiguiente, la posibilidad de realizar el trabajo de campo necesario para concretar el presente ejercicio. Por razones de economía de tiempo y otras consideraciones referidas a nuestro derecho a investigar sin condicionamientos, decidimos tomar otras vías y otras estrategias para realizar nuestra tarea

Entendiendo que el acceso a la política de humanización de partos/nacimientos comienza durante el embarazo y que los controles prenatales se realizan en el primer nivel de atención a la salud, fue que nos dirigimos a la Dirección de Centros de Salud a solicitar poder entrevistar de manera anónima, a mujeres madres, de niños nacidos entre los años 2015 y 2016 cuando realizaran sus controles pediátricos en el Centro de Salud Municipal Martin. Esta solicitud si fue aceptada y durante el mes de junio del 2017, se realizó entrevistas semiestructuradas y anónimas a 14 mujeres. Además se efectuaron entrevistas a la directora del mencionado Centro de Salud, a la trabajadora social, la tocoginecóloga y la ginecóloga. Posteriormente, también se tomó contacto y se pudo entrevistar a una obstetra de la Maternidad Martin y a una de sus trabajadoras sociales.

Se consideró que la técnica más ventajosa para la obtención de información completa y profunda de la problemática, era la utilización como ya se mencionó, de entrevistas semiestructuradas. Fue así, que partimos de un cuestionario de 10 preguntas, las

cuales se fueron ajustando al entrevistado. Los temas a tratar fueron en relación a los servicios ofrecidos por parte del efector, la información en cuanto al proceso de parto, las prácticas que se realizan y conocimientos sobre la Ley de Parto Respetado.

Por recomendación de mi tutora, mientras me encontraba a la espera de una respuesta a las solicitudes de ingreso enviadas a la Maternidad Martín, realice una encuesta anónima online, en 4 grupos de una de las redes sociales más utilizada por las madres, Facebook. Estos son:

- ✓ Violencia Obstétrica Argentina
- ✓ Para saber con quién Parimos - Rosario
- ✓ Mujer Es en Tribu
- ✓ Ser Madres Rosario

Entre todas las herramientas que nos ofrece la red social Facebook, encontramos la de los “grupos”, sitios online en donde la gente se reúne en torno a intereses comunes, como pueden ser la maternidad, la crianza, el parto, o la violencia obstétrica por citar algunos ejemplos, es decir, que existen partiendo de características homogéneas de un determinado grupo social, como podrían ser “las madres”. Estos espacios virtuales nos permiten interactuar con otras personas, dejar opiniones, compartir enlaces con información, plantear dudas o inquietudes, comentar lo publicado por otros, siempre en torno a un tema común. Moderados por uno o varios administradores, sólo los miembros podrán ver lo que se comparte en los mismos.

Es decir, son espacios virtuales en donde circula información, centrada en publicitar las experiencias femeninas de los procesos de “*maternaje*”, como son el embarazo, el parto y la crianza. En el marco de un “*ciberactivismo feminista*” que apunta a generar conciencia y empoderamiento femenino, aportar datos de médicos y centros de salud, consejos, técnicas alternativas de manejo de problemas clínicos, etc. Estos grupos actúan a modo de una gran *tribu virtual* de mujeres, en el marco del despliegue de una sororidad¹⁹ femenina.

¹⁹ El concepto responde a una alianza profunda y compleja entre mujeres. Parte de un principio de reciprocidad que potencia la diversidad. Esto implica el que no hay jerarquía, sino un reconocimiento de la autoridad de cada una. Reconocer la igual valía está basado en reconocer la condición humana de todas. Involucra compartir recursos, tareas, acciones, éxitos. Tiene como objetivo enfrentar la misoginia, principalmente, la propia misoginia; cada mujer tiene que ir descubriendo

El cuestionario fue colgado en estos grupos durante todo el mes de mayo de 2017, consta de 23 (veintitrés) preguntas no obligatorias, separadas en dos secciones de acuerdo a la vía de nacimiento y estaba dirigida a mujeres que hayan parido en la Maternidad Martín en los años 2015 y 2016. Las preguntas cubrían temas como la atención por parte del personal de salud, la información que se les brindó durante el trabajo de parto y parto, las prácticas que se le realizaron y si conocían la Ley de Parto Respetado. Se obtuvieron 32 (treinta y dos) respuestas anónimas, pero de mujeres que habían parido tanto en efectores públicos, como privados; lo que permite suponer una necesidad de las mujeres por relatar cómo fue su experiencia durante el proceso de parto, independientemente de los lineamientos que pedía la encuesta a la hora de responder.

A continuación, se desarrolla una descripción del contexto en donde se realizó el trabajo de campo de la investigación. Posteriormente, un análisis cuantitativo de las entrevistas y encuestas realizadas a las mujeres, y un estudio cualitativo de las entrevistas efectuadas a los profesionales de los efectores municipales ya mencionados -Centro de Salud Martín y Maternidad Martín-. Sumando apreciaciones propias a partir de las lecturas previas que se realizaron sobre la temática y conforman el marco teórico, con el fin último de tener un panorama de la modalidad de implementación de la Ley de parto respetado.

b. Estadísticas Perinatales del Sistema de Salud

Argentina goza, comparativamente en la región, de una muy buena posición en términos de cobertura y accesibilidad al sistema de salud así como de indicadores de morbilidad materna e infantil (Ministerio de Salud Nación; 2015)²⁰. Sin embargo

dónde, cómo se le aparece, cómo estas acciones, legitiman para dañar a las otras, dado que esto, también es violencia. Basada en la autonomía de las mujeres, la sororidad es un proceso. (Lagarde; 2009)

²⁰ “...La tasa de mortalidad materna se mantuvo relativamente estable los últimos años. El incremento que se puede observar en el año 2009 se relaciona con la repercusión de la Influenza A (H1N1) en embarazadas. Esta tasa también puede ser reducida con un seguimiento cercano y oportuno del embarazo. Las principales causas obstétricas directas son los trastornos hipertensivos y las complicaciones del puerperio, principalmente las sepsis y hemorragias posparto....”; “...La tasa de mortalidad infantil presenta importantes diferencias entre las distintas provincias y su determinación es multicausal. La mayor parte de las muertes ocurren en el período perinatal, por causas reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno. En los últimos años, la política de salud focalizó el trabajo en las provincias en las que aún persisten las mayores tasas de mortalidad materno-infantil, para mejorar la calidad de atención, la regionalización de la atención perinatal y la provisión

se constata en paralelo el crecimiento en la frecuencia de diversas prácticas en el campo obstétrico consideradas ineficientes o dañinas para las mujeres y los/as bebés. Por ejemplo, mientras la OMS desde 1985 afirma que en promedio las maternidades de cualquier región del planeta deberían tener entre un 10 % y un 15% de cesáreas, en el total de partos en la Argentina entre 2010 y 2013 se registró un promedio nacional del 30.6%²¹. En el mapa mundial, Argentina tiene sus índices en rojo, incluso más alto que la tasa en promedio de América Latina (23,7%) (OPS/OMS; 2017).

Así mismo, la provincia de Santa Fe fue destacada por Unicef en el año 2013 por su baja mortalidad materno /infantil de modo sostenido, en más de cinco años se redujeron los fallecimientos vinculados al embarazo, parto y posparto en el territorio provincial. (UNICEF; 2013)

Según el “Anuario de Población y Estadísticas Vitales” elaborado por la Dirección de Estadística de la Municipalidad de Rosario, los nacidos vivos registrados en la ciudad durante el periodo 2010-2015 fueron en aumento siendo en el sector público, durante el año 2015, los establecimientos asistenciales municipales los elegidos en mayor medida por las mujeres a la hora de parir. Estos serían La Maternidad Martín junto con el Área de Atención Integral de la Mujer del Hospital Roque Sáenz Peña (Municipalidad de Rosario; 2015).

A continuación se exponen los indicadores de gestión de la Red de Servicios de Salud elaborados por la Dirección de Estadística de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario durante el año 2015.

de equipamiento e insumos para atacar causas duras de mortalidad, como las cardiopatías congénitas, entre otras acciones...” (Ministerio de Salud; 2015).

²¹ Según portal web de La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) Oficina Regional para las Américas. Consultado el 29/09/2017. El artículo señala que estudios nuevos revelan que cuándo la tasa de cesárea se acerca al 10% a nivel de población, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos. Pero cuando la frecuencia va por encima del 10%, no hay indicios de que mejoran las tasas de mortalidad. http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=9935:advienten-sobre-el-aumento-de-cesareas-innecesarias-en-argentina&Itemid=227

ÁREA OBSTÉTRICA

Total de partos 5.659 durante el año 2015

- ✓ Maternidad Martin 4.315 (76,3 %)
- ✓ Hospital Roque Sáenz Peña 1.344 (23,7 %)

% de cesáreas 28,6%

- ✓ Maternidad Martin 30,9%
- ✓ Hospital Roque Sáenz Peña 21,2%

En base a los datos presentados precedentemente, se seleccionó a la Maternidad Martin dado que es el efector municipal que efectúa el mayor número de partos anuales de la ciudad, siendo el índice de cesáreas de aproximadamente el 30.9% durante el 2015. Paralelamente, al momento de realizarse las entrevistas a las usuarias del servicio, como a los profesionales de los equipos médicos, el Área de Atención Integral de la Mujer del Hospital Roque Sáenz Peña, se encontraba con reformas edilicias y permanecía cerrado, siendo las mujeres gestantes derivadas a otros servicios perinatales de la ciudad para su atención.

c. Sistema Organizacional de Salud en la Ciudad de Rosario

La Red Municipal de Salud de la ciudad de Rosario está integrada por 3 (tres) niveles de complejidad distintas, necesarios para la atención de los diferentes problemas de salud de la población. Por un lado, nos encontramos con el Primer Nivel de “Atención Primaria de la Salud” (APS), cuyas acciones se relacionan con la promoción, prevención y la resolución de problemas de salud más concretos de cada comunidad específica. Los centros de Salud cumplen un rol fundamental al ser el espacio sanitario más cercano a los usuarios, están conformados por equipos de profesionales de referencia que permiten un contacto más personalizado con el grupo familiar (Municipalidad de Rosario, 2017). Por otro lado tenemos, el segundo y tercer nivel, los Hospitales, que dan respuestas desde diferentes grados de complejidad y especialización ascendente, actúan sobre la base de referencia detectada en los Centros

de Salud. Estos niveles se complementan y articulan entre sí, e intentan cubrir la atención de todas las necesidades de la población de la ciudad y sus alrededores (Gobierno de Santa Fe, 2017).

1. c. Maternidad Martin. Su Historia

*“La maternidad, es el único servicio en donde hay gente sana”
(Westbrook.2015)*

La maternidad Martin fue inaugurada el día 8 de julio de 1939, y debe su nombre al hecho de que el edificio fue donando por Ángela Joostens viuda de Martin a la Municipalidad de Rosario. Debido a su compromiso y participación en políticas de lactancia materna exclusiva, en el año 1996, fue declarada por UNICEF "Hospital Amigo de la Madre y el Niño". Finalizando el 2006 inaugura las actuales instalaciones convirtiéndose ediliciamente en una de las maternidades modelo del país. Está construida de manera que permite implementar el Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia²² (MSCF), adhiriendo así a un proceso de empoderamiento de la mujer y su familia, facilitando su participación, involucrándolos en el proceso, respetando sus decisiones y prioridades. Estos enunciados implican un cambio de paradigma medico/asistencial para sumar lo humanístico a la tecnología.

Las mujeres que llegan a parir en este efector de segundo nivel, lo hacen derivas de los Centros de Salud correspondientes al Distrito Noroeste de la ciudad mayormente, pero al momento de realizarse estas elaboraciones en el trabajo de campo, se encontraba recibiendo parturientas desde otros puntos de la ciudad, dado que como ya se mencionó, la otra maternidad municipal se encontraba cerrada por reformas edilicias.

²² La instrumentalización de la política de humanización de la atención de partos/nacimientos, llega a los efectores de salud mediante el modelo MSCF, el mismo se basa en la experiencia de las prácticas que se desarrollan en la Maternidad Sardá desde 1980 y busca replicarla. El modelo MSCF, supone cambios en la estructura organizacional y en lo institucional de las maternidades públicas. EJES CONCEPTUALES Y PRINCIPIOS DEL MODELO MSCF. Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna. Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] CONCEPTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO. Primera Edición.

Entre los servicios que presta se encuentran las emergencias gineco-obstétricas, cuenta con habitaciones de parto, salas de partos, secciones para cuidados intermedios y sala privada de informes para padres y familiares que tengan niños en neonatología. La obstetra entrevistada que conforma una de las guardias de la Maternidad nos relata cómo es la modalidad de atención cuando una mujer se acerca al efector, observándose que las gestantes concurren por múltiples consultas, no solo al momento de parir:

“....se recepciona por una telefonista en donde toma el motivo de consulta, se abre una ficha en donde tienen su documento, luego es llamada por una enfermera que está a cargo de la admisión, la cual la hace entrar y se llama a un médico residente, depende de lo que la enfermera detecte, puede ser que sea una cosa grave y busca la persona adecuada, puede ser un jefe o un residente si es una consulta normal. En donde se la atiende, se evalúa el motivo de consulta y según esto se le escucha los latidos (al bebe), depende la semana de gestación. Acá tenes muchos motivos de consulta que no tienen nada que ver con el final del embarazo, la mayoría si, como un trabajo de parto y otras por otras situaciones, dolores, flujo, infecciones urinarias....” (Obstetra Maternidad Martin)

Así mismo esta maternidad es un efector de referencia en la región sur de Santa Fe - Nodo Rosario - en todo lo que son las cirugías neonatales, por ello los bebés y embarazos que requieran de una atención quirúrgica más compleja son trasladados a la misma, provenientes de distintas localidades.

Si bien como ya se mencionó, las gestantes concurren mayormente derivadas desde los Centros de Salud Municipales, la maternidad cuenta también con la figura del Consultorio de Alto Riesgo, brindando atención a las mujeres que durante el su embarazo padezcan alguna patología, como puede ser diabetes, celiaquía, etc.

2. c. Centro de Salud Martin

El Centro de Salud Martin es uno de los más de 50 Centro de Atención Primaria con los que cuenta la Municipalidad de Rosario para prestar asistencia médica. Comenzó a funcionar el 13 de diciembre del 2004 tras ser propuesto por los vecinos a través del Presupuesto Participativo del año 2003. Cuenta con un equipo de trabajadores

conformado por administrativos, mucama, farmacéutica, enfermeras, trabajadora social, médicos generalistas, tocoginecólogas y psicólogas: la atención está orientada a la prevención, promoción y educación de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de personas que no cuentan con cobertura de obra social. La modalidad de trabajo del equipo apunta al abordaje interdisciplinario e integral de la problemática de salud del núcleo familiar. Ubicado en un barrio de clase media de la ciudad de Rosario, es el único Centro de Salud del Distrito Centro, la población meta es basta y muy diversa, pudiendo destacar mayormente la atención a personas en situación de calle, usuarios transgéneros y pacientes de salud mental. De esta manera nos describe a los usuarios la Coordinadora del Centro de Salud:

“...está en el centro de una ciudad pujante, la población es muy particular, en gran parte clase media, que se ha quedado sin obra social y que tiene un nivel de querella bastante interesante, que se quejan básicamente por todo...”(Coordinadora Centro de Salud).

Es en este espacio en donde las embarazadas realizan las consultas prenatales con los ginecólogos o tocoginecólogos, siempre que el embarazo sea considerado de bajo riesgo²³.

d. Las Voces de los Profesionales

De acuerdo con el recorrido que hemos venido realizando, en este apartado se analizarán las entrevistas a los profesionales teniendo en cuenta, los cruces, heterogeneidades y contradicciones que se dan en las intervenciones.

Como se ya señaló, los niveles se articulan y complementan entre sí y tienen como objetivo, cubrir la atención en salud de todas las necesidades de la población, la Trabajadora

²³ Como ya se mencionó previamente, cuando las embarazadas presentan algún tipo de patología, las consultas prenatales son abordadas desde los consultorios de alto riesgo de la Maternidad Martín. De esta manera lo enuncia la Trabajadora Social de la Maternidad: “... aquellas mamás que tienen enfermedades crónicas, por ejemplo, una mamá hipertensa, una mamá con diabetes, una mamá celíaca, una mamá con trombofilia, generalmente se atiende en el Centro de Salud pero también hay todo un acompañamiento de lo que es el consultorio de alto riesgo, que funciona acá...”

Social de la Maternidad describe estas relaciones entre los niveles y reflexiona en cuanto a cómo el modelo médico hegemónico influye en esta relación:

“...la estrategia de atención primaria nos involucra a todos, no es solo el centro de salud, pareciera que acá somos otra cosa, pero no. Los niveles están relacionados a la complejidad, nada más, pero la estrategia es una para todos, de acuerdo a la complejidad, vos implementas esa estrategia de un modo, esto tiene que ver en como calo esta cuestión del modelo médico hegemónico, porque hablamos de estrategias de atención primaria y después decimos, APS, es fragmentar, volver a lo mismo que no tiene nada que ver...” (Trabajadora Social Maternidad Martin)

Así mismo, es posible caracterizar la atención médica de los procesos de parto/nacimiento desde 2 (dos) modelos de atención, contruidos analíticamente como contrapuestos, se los puede describir como dos tipos ideales. Comúnmente denominados como “parto medicalizado/intervenido” y “parto humanizado/respetado”. Sin embargo, en la práctica se aprecian cruzamientos e interrelaciones entre los mismos. El primero puede ser caracterizado como una tecnocratización del nacimiento, en donde el paradigma médico-hegemónico, tiene una gran relevancia, basado en concepciones biomédicas, ahistóricas, patologizantes, centradas en controles médicos autorizados, en el que se despersonaliza a la mujer, devenida en “paciente”.

“...En el modelo tecnocrático del parto, el cuerpo se metaforiza como una máquina, el hospital como una fábrica donde se elabora el producto, él bebe y la tecnología es trascendente sobre todo el proceso, sobre los procesos normales. El cuerpo de la madre es una máquina defectuosa de por sí y el experto técnico es el que rescata y produce el bebe...” (Davis Floyd; 2001)

Los embarazos y su consecuente, el parto, se distinguen a partir de si son de “alto o bajo riesgo” y no se enuncian en términos de sanos, naturales o fisiológicos. Es en este sentido, que se actuará con presunción de riesgo y las decisiones e intervenciones clínicas se tomarán unilateralmente en conformidad con dicha presunción, “todo parto es riesgoso hasta que se demuestre lo contrario”. Tiene sus orígenes, como ya se dijo anteriormente, en nuestro país desde principios del siglo XX, debido a la profesionalización de la atención, la cual paso de parteras a obstetras y la institucionalización, trasladando el proceso del contexto íntimo-familiar a las instituciones hospitalarias.

El segundo tipo ideal es el del Parto Respetado/Humanizado, ha sido caracterizado como aquel en el que se respetan las necesidades fisiológicas, sociales, culturales, emocionales y subjetivas de la mujer gestante durante el proceso perinatal, en el que no se dan intervenciones por parte de los equipo de salud que obstaculicen el desarrollo fisiológico del nacimiento. Este paradigma propugna cambios en la relación médico-paciente y en la intervención clínica, por tanto, se sostiene que en este modelo de atención la mujer “re-cobra” el protagonismo durante el proceso de parto. Es decir, que la humanización de la asistencia al parto/nacimiento implica una transformación tanto de la comprensión del parto, como del hacer médico. En nuestro país, este modelo tiene su aval legal en la Ley N°25.929 sobre la cual nos encontramos reflexionando (Castrillo; 2015)

A los fines de una mejor organización para el análisis de las entrevista a los profesionales, como así también de los datos obtenidos a través de la encuesta online, se abordaran los objetivos propuestos desde 4 ejes, los mismos están en concordancia con lo planteado con la Ley 25.929. Estos son:

- ✓ **Derechos a la Información:** que posee la mujer durante el embarazo y posteriormente durante el trabajo de parto y parto.
- ✓ **Derecho a Intervenciones no Medicalizadas, ni Estandarizadas:** prácticas que son llevadas a cabo por los profesionales, tanto médicas como simbólicas desaconsejadas en una atención no intervencionista.
- ✓ **Derecho al Acompañamiento:** cualquiera sea la vía de nacimiento.
- ✓ **Dificultades de los profesionales:** que reconocen a la hora de implementar la modalidad de trabajo propuesta por la ley.

1. d. Información: El derecho a poder elegir

Entendemos por *información*, si a la mujer se le brinda conocimientos teóricos fehacientes de forma comprensible y suficiente durante las consultas prenatales y durante el trabajo de parto, acerca de las posibles intervenciones que pudieran llevarse a cabo en el mismo. Especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos, para así poder elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento) y, pudiendo así mismo, elegir la vía de nacimiento. En el mismo sentido, si se le dieron a conocer sus derechos y el de su hijo por nacer según lo dictamina la ley N° 25.929.-

En una primera instancia de este ejercicio y ante la reciente reglamentación de la ley Parto Respetado, la legislación provincial sobre la importancia del Acompañamiento en el Parto, y el "Programa de Formación y Concientización sobre el Parto y Nacimiento Respetado" de la Municipalidad de Rosario, se consideró necesario saber si los profesionales entrevistados conocen - y en qué medida - los derechos que amparan a la mujeres a la hora de parir, si tuvieron alguna capacitación institucional, para así poder transmitir la información a las usuarias de los servicios de salud.

En las entrevistas realizadas a los integrantes de los equipos de salud, a excepción de 1 (un) profesional que no había leído la ley, todos tenían conocimiento de la normativa nacional vigente y sus implicancias en relación al parto respetado. Mediante lectura de la misma, manifiestan que este saber no fue adquirido por disposición institucional, sino por motivación propia, dado que en el último tiempo comenzaron a ser interpelados por algunas mujeres, como nos relata la Obstetra de la Maternidad Martín “...por charlas con mujeres que venían con propuestas de partos, sin intervenciones...” Otro profesional expuso “... vienen muchas con inquietudes de parto respetado, de que este la pareja, inclusive las personas que van a cesárea programada también de que este la pareja con ellas....” (Coordinadora del Centro de Salud). Sin embargo, hay acuerdo entre los profesionales, que son las mínimas, “... de

*estos últimos dos meses, recibí 3 planes de parto*²⁴...” declaro también la obstetra de la Maternidad y proseguía:

“.... La mayoría (de las mujeres) no tiene conocimiento de lo que es un cuerpo embarazado, no tienen conexión con lo que es un cuerpo embarazado, están pensando en accesorios, en los accesorios de venta de la maternidad, cuando tienen que venir con una información, sería lo básico, para perder la sumisión”. (Obstetra Maternidad Martin)

Los profesionales describen a las usuarias gestantes de los servicios que nos encontramos estudiando y sus conocimientos en relación a sus derechos y a la ley de esta manera:

La Médica Tocoginecóloga del Centro de Salud declara que:

“... generalmente (las mujeres) investigan por internet, o saben de la ley por internet, algunas buscaron y viene con el plan de parto, pero no hace falta, acá no (en referencia a la Maternidad), solamente con expresarlo ya está.....” (Médica Tocoginecóloga Centro de Salud).

En el mismo sentido la Obstetra de la Maternidad refiere:

“... hay mujeres que la tiene un poco más clara, las menos... donde vienen con una propuesta de parir sin intervenciones, que vienen con una propuesta de parir ya informadas y se respeta lo que la mujer dice, pero son las menos....”. Precizando sin embargo que “... nosotros, estamos acostumbrados a una población que no tiene información sobre las reglamentaciones, entonces la forma de trabajo era la usual para nosotros, se complejiza cuando vos tenes esas mujeres que vienen con plan de parto...” (Obstetra Maternidad Martin)

Como contraparte, los profesionales relatan que también se presentan mujeres gestantes que como ex usuarias del sistema de salud privado o de obra social, expresan otro tipo de requerimientos:

²⁴ El plan de parto es un documento que se prepara y se presenta en la Institución, cuya finalidad es demandar una atención más individual y personalizada. En él las mujeres expresan sus opiniones, deseos, preferencias y expectativas sobre su propio proceso de parto y el nacimiento de su hijo. De esta forma, la propia mujer pasa de ser un ente pasivo a convertirse en elemento activo de su propio proceso, que toma parte en las decisiones que van a afectar al transcurso de su parto.

“.... yo también escucho que, gente que viene, que se atendió alguna vez en el privado y ahora viene acá, y lo que critican de la Martín es que la esperan hasta la 41 semanas, que no le hacen la cesárea, entonces a los mejor hay mucha gente que quiere que le hagan una cesárea, o cree que es una mejor practica....” (Medica Tocoginecóloga Centro de Salud)

En referencia a la clasificación anterior, la Obstetra de la Maternidad considera que:

“... Esa es la población de mujeres que tenemos en todo el mundo, los médicos están preparados para esa mayoría de población, si quieres mirarlo de otra forma, porque estamos acostumbrados a atender a esa población, entonces hay que romper el molde, que se va haciendo, lo que pasa es que son más las que vienen “informadas” con los tacones de punta...” (Obstetra Maternidad Martin).

La Coordinadora del Centro de Salud, Medica Generalista, caracteriza a la mujer embarazada usuaria del Centro de Salud, que llega con inquietudes de parto respetado, como una persona que pertenece a estratos socioeconómicos medios, con necesidades subjetivas en base a su capital simbólico, el que marcan sus experiencias y exigencias, las relaciones médico-pacientes que entabla y los modos de significar esas necesidades:

“.... las embarazadas viene y me preguntan por el parto respetado, si tienen que comer más o menos leche... y la verdad que en todos los otros años que atendí en centros de salud en barrios humildes en zonas de villa, nadie me vino a preguntar si tenía que comer más o menos leche, si tenía que dormir 3 horas o 3 horas 15 minutos, nadie digamos, y no creo que por eso fueran mujeres que no estuvieran preocupas ni por su salud ni por el cuidado de su embarazo, pero sí creo que hay pautas culturales y sociales y simbólicas que... que marcan una determinada posición ante una situación de salud, que... la gente de clase más baja, a veces lo toma como más natural y.. O por ahí su cotidianidad está inmersa en tantos problemas que ponerse a pensar si va a ser un yogur más o menos en el día, es algo que escapa... Igual que la demanda con determinados exámenes complementarios, por ejemplo, jamás nadie me pidió en el Masa o en el Maradona una ecografía transnucal o una morfológica porque si, y acá todas las embarazadas la demandan, como si fuera criterio necesario....” (Coordinadora Centro de Salud)

Se presentan a continuación, dichos de los profesionales en cuanto a si existen espacios desde la atención primaria o en la Maternidad en donde la mujer gestante pueda conocer sus derechos y el de sus hijos, en donde pueda expresar dudas e inquietudes:

Trabajadora Social del Centro de Salud:

“.... Hay un espacio que se da para las embarazadas, que lo lleva adelante una enfermera y un médico generalista, es un espacio semanal y hacen una recorrida por la maternidad Martín, para que conozcan, para que sepan a donde ir, como es la maternidad. Y después van haciendo diferentes tipos de talleres los viernes por la tarde. Hacen alusión a lo que es respiración, no sé muy bien la dinámica. Sé, que se convoca pero no hay una gran demanda de la gente...” (Trabajadora Social Centro de Salud)

La Médica Tocoginecóloga relata cómo es la experiencia durante las consultas prenatales en relación a los derechos de la gestante, cuando se la interpela si desde el Centro de Salud se promociona puntualmente la ley responde:

“.....No, sí... yo les explico, siempre hablamos de cómo va a ser cuando se interne, no le doy la ley, pero si le explico que tiene derechos de estar con el papá, o quien ella quiera, que tiene derechos a elegir quien la acompañe, que puede pedir que no le pongan el suero, hablamos de esas situaciones, si bien a lo mejor no saben de la ley, pero si saben estas cosas. Y las pacientes que vienen acá generalmente ya están informadas, pero igual se explica...” [...] “... le explico, que puede caminar, que puede pedir, que puede ver a su bebe, que puede pedir que no le corten el cordón, todo eso se lo voy explicando en las consultas...” (Médica Tocoginecóloga Centro Salud).

Sin embargo, nos recalca que:

“... Acá yo no puedo acordar con la paciente como va a ser su parto porque no se lo voy a atender, ella lo va a tener que acordar, con el médico que la vea en la guardia...” (Médica Tocoginecóloga Centro Salud).

La Coordinadora refiere cómo se aborda desde el Centro de Salud:

“....Si. Se trata primero en el consultorio, cada médico trata de que la consulta sea una consulta abierta, en donde se puedan expresar; creo que todos los profesionales que hacen controles de embarazo, tanto las 2 obstetras/ginecólogas como los médicos generalistas, somos personas que habilitamos totalmente ese tipo de situaciones, pero además hay un taller para embarazadas que lo da una de las enfermeras junto con una de las obstetras, en este momento lo están reordenando porque ella (la enfermera) estuvo de licencia por un problema de salud y la obstetra que lo estaba haciendo con ella se trasladó a la Maternidad Martin. Ese taller hace años que se hace y también es un espacio de trabajo, de ejercicios de relajación, un poco de técnicas de psicoprofilaxis, como para poder habilitar algo extra además de la cuestión del consultorio....” (Coordinadora Centro de Salud)

La Trabajadora Social de la Maternidad describe el espacio brindado a las mujeres gestantes y su participación en ellos, sin embargo, nos refiere que no es un “...curso de pre-parto, no” y continúa comentando que la ley se aborda de la siguiente manera “... No, específicamente sobre la ley no se habla, pero el taller está pensado en función de los diferentes lineamientos que plantea la ley...”

“... A veces los propios centros de salud conocen que acá esta ese espacio y derivan a las pacientes para que puedan estar participando y además se les brinda esta cuestión de recorrer, de conocer la Institución, desde la Mesa de Entrada, pasando por la Guardia, la Admisión, la Sala de Preparto, la Sala de Partos y todas estas cuestiones, la Sala de Recuperación, la Neo y el sector de Internación donde pueden llegar a estar...” (Trabajadora Social Maternidad Martin)

“... a través del Consultorio de Alto Riesgo nosotros nos permite tener otro proceso de intervención y generar otro vínculo con esa mamá, entonces podemos garantizar la cuestión del respeto, no solamente que pueda brindarse la atención que corresponde sino garantizar que tenga una recorrida en la institución, que tenga la posibilidad de acceder a un taller donde se habla desde cuales son las cuestiones básicas, que tiene que tener al momento de ingresar a la Maternidad, desde atuendo para ella, hasta para el bebé, cual es la importancia de preparar los pechos para el mejor amamantamiento²⁵ y sin dificultades para ello, las dudas que

²⁵ La evidencia científica nos dice que no hay ninguna técnica que haya demostrado ser eficaz para la preparación del pecho durante el embarazo para la lactancia, de hecho la aplicación de cremas, masajes o incluso el cepillado del pezón con un cepillo de dientes para conseguir un callo, pueden llegar a ser contraproducentes para ese pecho y la posterior alimentación

puedan tener los padres, en relación a el parto, también poder garantizar cierto protocolo...”(Trabajadora Social Maternidad Martin)

Contrariamente a lo que se ha expresado, la Obstetra de la Maternidad cree que los abordajes en relación a brindar información, no estarían siendo los adecuados:

“.... pasa que lo trabajan como información para el parto, pueden tocar algunos miedos de las mujeres, el cómo van a llegar a acá a la maternidad, pero la preparación para el parto, no es aprender a respirar, eso es una boludez, no se precisa eso, en un trabajo de parto no se precisa saber respirar, eso es una cuestión de enseñanza del cuerpo y saber conectarte con tu cuerpo y las mujeres no sabemos hacerlo, algo básico....”

Para ella las intervenciones en estos espacios, deberían contar con sujetos que se especialicen en la temática, “... me parece sumamente importante tratar de involucrar gente que sepa, gente que sabe hay un montón, hay doulas, puericultoras...” Esta profesional paralelamente expresa, que la pérdida del relato oral entre mujeres dificulta los trabajos de parto y parto, lo relata de la siguiente manera:

“.... se perdió algo básico que es la conexión familiar "el boca en boca" en la relación del vínculo con nuestras madres, el cómo pariste que te paso? que sentiste? como fue tu parto, como naciste? tenes un montón de información que se va perdiendo, la información generacional del boca en boca, que siempre se le tuvo respeto en la antigüedad hoy no la tenemos, o muy pocas mujeres logran eso....”

Es importante resaltar que el acceso a la política de humanización de la atención médica de partos también abarca el embarazo y los controles prenatales.

del bebé. Las grietas en los pezones (heridas muy dolorosas) se deben generalmente a un mal agarre por parte del bebé, es decir a cuestiones mecánicas relacionadas con la succión. Es por ello que por muchos ungüentos que apliquemos no las vamos a prevenir, sin embargo usados en exceso podremos reblandecer la piel, e incluso lesionar la zona (puerta de entrada para diferentes gérmenes). Es aconsejable ver como lo hacen otras madres, el observar como otras mujeres dan el pecho es una manera natural de aprender algo que también es natural; como es la lactancia materna. Otra opción en la búsqueda de asesoramiento puede ser, asistir a grupos de apoyo a la lactancia, por ejemplo la Liga de la Leche. (www.elpartoesnuestro.es consultado el 1 de noviembre de 2017)

En cuanto a los profesionales tanto del Centro de Salud como de la Maternidad, y sus representaciones en cuanto a que entienden ellos por parto respetado y su conocimiento de los derechos que establece la Ley que hace referencia al mismo, se pudo observar que hay algunos conceptos o representaciones confusos en lo que refiere al alcance de la misma:

“...porque también en esta cuestión de la ley de parto, no es solamente el proceso de embarazo, del parto y parto, a veces en el embarazo muchas mamás acá, nacen sus bebés y a los mejor saben que tiene que inscribirlos, pero tienen serias dificultades con sus propias documentaciones y no pueden hacer nada, y eso se podría estar trabajando también como parte, en el territorio, para cuando lleguen acá, lo hagan con la menor dificultad posible y que puedan estar disfrutando de ese hecho maravilloso, que es dar a luz...” (Trabajadora Social Maternidad)

Entendemos que si bien el derecho a la identidad es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano y en tal sentido, que el mismo abarca la posibilidad de poseer un Documento Nacional como reconocimiento de la ciudadanía y los derechos inherentes a ella por parte del Estado, la Ley de Parto Respetado no hace mención de ello ni en el cuerpo de la Ley ni en su Reglamentación.

En el orden de las ideas anteriores, podemos decir que se observa falta de capacitación y formación desde la gestión municipal en la temática, hacia lo que es el primer eslabón en la cadena de comunicación de los efectores de salud, es decir, los profesionales de la salud del Primer Nivel que se ocupan de la atención prenatal. Algo que ellos mismos demandan como nos refiere la Trabajadora Social del Centro de Salud *“...uno tiene que estar acompañado por una cuestión política, con recursos, con capacitaciones, me parece que hay que bajar una línea en esto, se baja pero hasta ahí...”* Como ya se dijo, carecen de información fehaciente para poder transmitir a las mujeres embarazadas y a la población en general, en cuanto a la ley, derechos que confiere y como efectivizarlos, pese a que existen el "Programa de Formación y Concientización sobre el Parto y Nacimiento Respetado" perteneciente a la Municipalidad de Rosario, el cual a la fecha no se le ha asignado presupuesto, por tanto aún no se estaría efectuando.

De las anteriores expresiones se desprende que si la mujer gestante durante los controles prenatales no recibió información completa, verdadera, adecuada y oportuna en cuanto las posibles intervenciones y alternativas a las mismas, al momento de parir, es muy difícil que conozca sus derechos para poder ejercerlos y/o reclamarlos, o que de su consentimiento en cuanto a prácticas a realizar sobre ella o su hijo/a, dado que los desconoce. Es más, hasta puede como se presenta en los relatos, demandar prácticas contraindicadas por la OMS, como es la cesárea. Ante esto cabe la pregunta ¿cómo elegir y decidir, como interpelar al otro, sobre algo que desconozco? Se entiende además, que la atención puede ser brindada desde el respeto, pero si la información es retaceada o incorrecta, estamos ante una clara violación de la autonomía de la mujer embarazada sobre su cuerpo, como del proceso que está atravesando.

Consultados los profesionales en cuanto a cómo consideran que sería la mejor manera de comunicar a la población los derechos que poseen, principalmente cómo hacer para acercar la normativa a los sectores populares, la Trabajadora Social de la Maternidad expresa:

“... a mí me parece, que si debería haber más espacios donde se puede estar difundiendo la ley, donde además se pueda estar trabajando más en el territorio, para que todas las mujeres puedan acceder, porque lo que yo veo es esto, la normativa esta, pero acá se nota que aquella mujer que tiene cierto recurso simbólico hay todo un interés por conocer y propone, viene, y me parece que si uno la pensara a la ley, o pudiera estar trabajando en el territorio, con los sectores más vulnerables, porque si no muestra una cierta desigualdad, es decir, que aparece como cierta cuestión de clase...”

La Medica Tocoginecóloga añade a lo anterior dicho *“...si tuviera difusión... lo más importante es que tenga difusión en los medios masivos, para que se enteren todos, y sino el obstetra se lo tiene que explicar...”*

Por otro lado, indagando en los sentidos que los obstetras le asignan a “la humanización” o “al respeto” en la atención médica de los partos la Trabajadora Social de la Maternidad refiere que giran alrededor de la idea de la no-novedad, y lo expreso de la siguiente manera:

“... la gran mayoría tenía una resistencia, porque fíjate vos cual era la resistencia, "no nos vengán a decir que nosotros no hacemos parto humanizado, todo el tiempo realizamos el parto humanizado..." (Trabajadora Social Maternidad Martín)

Se desprende de lo citado, que hay un cuestionamiento de la palabra humanización, de su connotación, y la construcción por oposición del sujeto profesional médico (Castrillo 2016; 12)

Las declaraciones, descripciones y caracterizaciones antedichas, nos permiten entrever que existe una heterogeneidad de representaciones entre los profesionales en relación a que entienden los mismos por Parto Respetado, lo que dificultaría el poder transmitir esta información a la población, principalmente a la mujer gestante y a la de parto.

2. d. Intervenciones. “Si no se crea un problema, no hay que solucionarlo”

Comenzaremos a desarrollar este apartado tomando las palabras de Castillo (2015) en relación a las intervenciones médicas:

“... uno de los principales ejes para pensar las intervenciones médicas en el embarazo y parto es inherente a los procesos de medicalización: esto es, la legitimación y potenciación de saberes médicos biomédicos, y procesos de exclusión/inclusión y reconocimiento/desconocimiento de otros saberes como el conocimiento experiencial femenino o el que aporten las mujeres sobre el estado de su cuerpo; así como el conocimiento de colectivos de mujeres o referidos al uso de terapias alternativas para aliviar dolores o resolver problemas clínicos...” (Castillo 2015; 5)

El discurso médico-hegemónico apunta a construir cuerpos femeninos defectuosos incapaces de cumplir con la función fisiológica del parto como ya se mencionó anteriormente. En este sentido, son contundentes las declaraciones de la Médica Tocoginecóloga, en donde describe a la Obstetricia como una especialidad médica en constante alerta y a la mujer gestante y el proceso de embarazo como una bomba de tiempo. En donde todo se puede complicar de un instante al otro, lo cual refuerza la idea de que en el imaginario médico todo embarazo/parto es riesgoso hasta que se demuestre lo

contrario y habilita en tal sentido el uso de intervenciones, practicas e instrumental médico “necesarias, justificables y basadas en criterios exclusivamente médicos”, aunque en muchos casos, desaconsejados por Organismos Internaciones como la OMS:

Medica Tocoginecóloga:

“... Nosotros, estamos para eso, los médicos nos tenemos que adelantar, antes de que pase algo verlo, para eso lo tenemos que pensar... si pensáramos que todos los embarazados van a venir normales, para que los controlamos, me entiendes? se nos pasarían todas, una cosa es intervenir poco, en un trabajo de parto, o no tactar en todas las consultas, pero hay cosas que si las tenes que buscar, los laboratorios los tenes que hacer, porque si no se te pasan las cosas... uno le dice al paciente, nos es que vos vayas a tener diabetes, esto lo otro o lo otro....”

Estudiante:

“...pareciera que la embarazada es una bomba de tiempo...”

Medica Tocoginecóloga:

“... es que es una bomba de tiempo, no parece, es una bomba de tiempo...”

Estudiante:

“... es fisiológico un embarazado...”

Medica Tocoginecóloga:

“.... sí, pero pueden pasar un montón de cosas, yo no sé a vos lo que te va a pasar, ponele que yo no piense que vos.... vos venís y controlas el embarazo, y yo digo: noo, que le va a pasar, si el 1% le pasa y te pasa, vos que me venís a decir a mí? me quieres matar. Entonces el embarazado es una bomba d tiempo, es una caja de pandora, vos nunca sabes lo que va a pasar, que el embarazado después se tenga que vivir con ansiedad, o con miedo, no. Pero el medico lo tiene que pensar a eso, tiene que tener todo lo que puede pasar en la cabeza...”

En otro sentido, desde el paradigma de la humanización y en concordancia con lo expuesto por Odent (2012) cuando se pregunta qué puede hacer el profesional de la salud por la mujer gestante durante los controles prenatales “... aparte de detectar anormalidades muy visibles y ofrecer la posibilidad de abortar... ” La obstetra de la

Maternidad nos relata lo que para ella es el control prenatal de una mujer que sabe que está embarazada, conoce la fecha de su última menstruación o de la concepción, no tiene enfermedades crónicas y siente como el bebé va creciendo en su vientre:

“...controlar un embarazo es sumamente fácil, son 10, 15 minutos, lo que te lleva tiempo es lo otro, acompañar todo el proceso de la mujer, un camino de 9 meses para revertir una historia de vida, es un quilombo, y si lo podes descubrir, porque vos podes ir chequeando algunas cosas, podes introducirle una palabra, pero es un proceso sumamente de la mujer....”

Entonces cabe la pregunta sobre si el “estar alertas” no responde justamente a la homogenización, estandarización del riesgo obstétrico que los mismos médicos reproducen, el que los obliga a patologizar constantemente eventos de salud sexual y reproductiva. Cuando si nos basamos en el informe de la OMS “El Nacimiento no es una enfermedad” y lo aportado por la evidencia de científicidad ya desarrolla anteriormente, la mayoría de los partos/nacimientos son previsibles, dada la fisiología mamífera. En este sentido, es de suma importancia re-considerar la formación desde la Academia, de los profesionales que se encuentran en la atención de partos, la Obstetra de la Maternidad nos lo comenta de la siguiente manera:

“...Cuando uno es médico, te enseñan a hacer cosas, y uno las hace pensando que hace bien, entonces cuando uno trabaja porque te gusta la especialidad, porque tenes una vocación de servicio... Cuando yo sé que puedo poner una vía, romper una bolsa y ver el líquido, ofrecerle a una mujer una peridural, hacerle una oxitocina porque es un método de enseñanza y me da buenos resultados porque las mujeres parieron, yo estoy haciendo las cosas bien, como haces para cambiar eso, de decir que lo que vos estás haciendo, que lo haces muy bien, ya no lo tenes que hacer y volver a una cosa que no te enseñaron que es la observación. Es toma de conciencia de volver a la observación...” [...] “...Es muy difícil cambiar la metodología de que si vos laburaste de una determinada forma y tenes muy buena cantidad de nacimientos vaginales, porque nos enseñaron a intervenir. Cambiar el concepto mental de lo que vos estás haciendo para decir, mira eso que te da buen resultado no lo hagas más...” (Obstetra Maternidad Martin)

En torno a si se produjeron modificaciones en la atención a los procesos de parto, a raíz de los derechos consagrados por la Ley N° 25.929 de Parto Respetado y en referencia a los

enunciados anteriores sobre la formación médica, la Trabajadora Social reflexiona como los mismos han puesto en crisis las intervenciones:

“...desde las profesiones más duras, o más ortodoxas como la medicina o la enfermería, se genera a veces resistencia, o sea en el sentido de que hay toda una formación desde un modelo medico hegemónico que es muy difícil, no es porque la gente sea mala, sino porque estuviste 6, 5, años formándote, te limaron la cabeza con "la formación es esta, desde este lugar, desde este posicionamiento y la Ley de Parto Respetado viene a cambiar precisamente esto..."(Trabajadora Social Maternidad Martin)

En este orden de ideas y de la misma manera que en el imaginario médico todo embarazo/parto es riesgoso, se nos plantea otra máxima del discurso medico hegemónico analizar:

“...generalmente los partos los hacen los residentes...”[...] “... es la paciente que tiene que saber cómo es el médico, y es difícil también para la paciente porque está en una situación... tampoco está para andar peleando que le hagan un parto o no...” (Médica Tocoginecóloga Centro de Salud).

Frases expresadas por la médica tocoginecóloga, en las cuales se naturaliza la necesidad de ciertas intervenciones, en desmedro de la fisiología y autonomía del cuerpo de la mujer. Entonces nos preguntamos ¿son los médicos los que *hacen* el parto o son las propias mujeres y los niños por nacer? La Obstetra de la Maternidad no responde a nuestras indagaciones de la siguiente manera:

“...yo fui moldeando una forma de trabajo, así que lo que yo hago lo hago en todas, con ley o sin ley, por más que lo pidan o no, en el público o en privado, ya es mi forma de trabajo, yo ya no estoy haciendo nacimientos, estoy acompañando a mujeres...”(Obstetra Maternidad Martin)

Las enunciaciones de la profesional médica nos permiten reflexionar en cuanto a que en la no medicalización/intervención, hay también un tipo de intervención médica, *la observación* atenta realizada a conciencia, respetando la dinámica propia del trabajo de

parto y parto, es decir, los tiempos biológicos que menciona la Ley N° 25929, y no intervenir médicamente más que para *corregir* posibles desviaciones o patologías, como ella bien lo expresa, acompañar los procesos biológicos y no tener el control de los mismos.

“... siempre digo en charlas tenemos los mejores médicos obstetras, saben muchísimo! lo que les falta es escuchar una propuesta distinta y permitirse de a poco un cambio a la no intervención de esas mujeres que no quieren que se las intervenga...” (Obstetra Maternidad Martin)

Y en este orden de ideas la Trabajadora Social de la Maternidad refiere a cómo ve ella las intervenciones desde el cuerpo médico del efector:

“... pareciera que les cuesta ceder el protagonismo, un problema de egos, no porque sean malas personas creo que hay profesionales maravillosos todos con mucha experiencia, con trayectoria, pero creo que esta es la dificultad más grande, los egos...” (Trabajadora Social Maternidad Martin)

Al mismo tiempo cabe destacar que en igual forma, tanto la médica tocoginecóloga como la obstetra de la Maternidad Martin señalaron como el discurso médico-hegemónico ha producido la naturalización social frente a algunas intervenciones o exigencia de las mismas, ya sea en el consultorio o durante el proceso de nacimiento, que utilizadas de manera estandarizada serían desaconsejadas. En este sentido, ambas acentúan la presión que muchas veces atraviesa las embarazadas por parte de la familia o allegados, por ejemplo:

Médica Tocoginecóloga

“... está en el imaginario que enseguida, apenas tenes contracciones tenes que venir y toda la familia, tiene mucha presión de la familia la paciente, de los padres, que quieren intervenir...”

“... vos la dejás decidir a la paciente, la que no la deja es la familia. Vienen acá con preguntas, requerimientos que no son de ella "me dijo mi mamá" "me dijo la vecina" y a vos que te pasa?...”

“... fue un discurso que fue penetrando, que es mejor la cesárea, que si te esperan te hacen sufrir, porque ahora pareciera que uno es sádico y que quiere hacer sufrir a las pacientes, que todo tiene que ser fácil, 3 horitas de trabajo de parto y ya está. Que no te tiene que dolor nada, que te tiene que salir como en las novelas...”²⁶

Obstetra de la Maternidad Martín:

“...vos podés usar una epidural, cuando tenes una mujer en la cual sus expectativas en la naturaleza no le interesan... se quiebra emocionalmente y te quedaste sin mujer para lograr el nacimiento, entonces una herramienta es poder dejarla en confort, dar tiempo, dar espera, dejás tranquila a la familia porque no la estás haciendo sufrir. Porque ese es otro concepto "la dejaron sufrir" "los médicos la dejaron tirada, sufriendo" eso es un trabajo de parto en realidad, pero el concepto de la visión del otro, no es tan como uno piensa, es mucho más complejo...” [...] “... no todas las mujeres tienen el mismo soporte de umbral del dolor; y el dolor es solamente una manifestación cultural, involucra miedos, angustias, "el no poder"...” (Obstetra Maternidad Martín)

Por tanto, la atención de un parto desde el paradigma de la humanización, en el marco de la ley vigente, se trata de no negar la medicalización de los procesos reproductivos sino de dar prioridad a lo natural, a la fisiología humana, a las preferencias y elecciones de la mujer y a la seguridad de la diada mamá/bebe.

En resumen, en el marco de un modelo médico hegemónico patologizador se re-producen y legitiman prácticas médicas que se rutinizaron y naturalizaron durante el proceso perinatal, basadas en la construcción del riesgo reproductivo como universal, considerando a todos los partos como riesgosos. La médica tocoginecóloga así nos los relata:

“...hay personas que han venido acá y me dicen que ellas quieren elegir una cesárea porque el obstetra en el privado si ellas las eligen, se la hace. Eso es una mala práctica, porque vos podés

²⁶ Son interesantes las reflexiones de la Obstetra de la Maternidad en torno al “parto transmitido” como evento doloroso, lo que ha llevado a que cada vez más mujeres pidan la cesárea “... Si yo te cuento un parto espantoso, si mi abuela, mi mamá me cuentan un parto espantoso yo no lo quiero vivir...” [...] “...también los médicos tenían una predisposición a no hacer cesáreas al pedo, "no cesáreas comandadas por la mujeres, una cesárea era porque no quedaba otra, porque ya se agotaron todas las instancias, había riesgos, los trabajos de parto duraba días...” (Obstetra Maternidad Martín)

elegir pero dentro de lo que sea una buena práctica, o a lo mejor te dicen si te vamos a respetar y todo y después te dice, no bajaron los latidos, o te subió la presión, o sea lamentablemente el poder hegemónico del médico sigue estando. Si vos tenes un médico que no tiene la conciencia de decirte la verdad... millones de veces que han hecho cesáreas y vos escuchas, "menos mal que me la hizo porque me subió la presión" y a vos te lo dicen y vos tenes que creerles o no..." (Médica Tocoginecóloga Centro de Salud)

Es en este sentido, que el espacio de la consulta médica y de todas las instancias de contacto entre el personal de salud y las mujeres en el proceso de parto es territorio de reactualización de sentidos hegemónicos vinculados a la medicina como forma legítima de tratar la salud y la enfermedad, y es a la vez, “la performance del acto de legitimación de un saber excluyente, y una instancia de control normativo sobre los cuerpos de un agente por sobre otros” (Castrillo 2015; 5)

Reflexionar sobre las intervenciones médicas nos permite incorporar las posibilidades de resistencia y cuestionamiento de los sujetos sociales que aquí pensamos. Las demandas de mujeres que se informan interpela esas prácticas, amparadas por los dispositivos legales y de política pública, cuestionan “el saber-poder” médico para romperlo y encontrar algunas “válvulas de escape” en la que efectivamente se introducen estrategias de cambio (Castrillo 2015). Con referencia a lo anterior, la Obstetra de la Maternidad nos relata cómo se está comenzando a trabajar:

“...nosotros estamos acostumbrados a una población que no tiene información sobre las reglamentaciones, entonces la forma de trabajo era la usual para nosotros, se complejizo cuando vos tenes esas mujeres que vienen con plan de parto, entonces lo que estamos haciendo es laburar desde un comité que es en Maternidades Centradas en la Familia, para hacer un protocolo de laburo nuestro, propio, en atención a un parto respetado. Cada institución debería tener uno según la estructura que tenes, según la población, eso se tiene que trabajar entre médicos para tener un consenso de laburo...” (Obstetra Maternidad Martin)

La Obstetra refleja en esta declaración última, como se estaría construyendo la adaptación de los contenidos de la Ley N°25.929, que establece los derechos de la mujer al parto humanizado, mediante la “Guía para la atención del parto normal en maternidades

centradas en la familia”, que como contrapartida a los derechos que tiene a mujer, da forma a las obligaciones de las instituciones de salud para su cumplimiento. Paralelamente al hecho de que también se inician cuestionamientos a mitos instalados en la práctica obstétrica, poniendo a esta en crisis. Es así, que la obstetra de la Maternidad refiere “...Yo creo que las cartas están todas dadas, hay que empezar a trabajar de manera consciente, es mentalidad, cambiar mentalidad...”

Finalmente, y para graficar el impacto de la aplicación de la Ley de Parto Respetado, además de los cruces, pujas, contradicciones y negociaciones que se vienen sucediendo en la atención médica en la Maternidad Martín, entre los ya mencionados paradigmas de “parto medicalizado/intervenido” y “parto humanizado/respetado”; tomamos varias declaraciones de las Trabajadoras Sociales, donde nos describen como se dio el proceso y por otro lado, cómo fue la convivencia con los profesionales del Hospital Roque Sáenz Peña - exponente del Parto Humanizado en la ciudad - el tiempo que este se encontró cerrado por reformas:

Trabajadora Social de la Maternidad:

“... en la maternidad se intenta llevar a cabo los lineamientos, los principios que plantea la ley de parto humanizado... hay algunas resistencias digamos, porque esta maternidad, tiene muchos años y hay consolidados, instalado todo un proceso de atención, si se quiere más ortodoxo, que con la ley ha generado cierta resistencia para hacer todos los cambios, indudablemente genera un impacto en la maternidad, pero también genera una resistencia...”
(Trabajadora Social Maternidad Martín)

“...Y la ley habla del acompañamiento, de respetar los tiempos fisiológicos... en eso hablo yo de la resistencia y hablo de que hay una historia de la maternidad llevando a cabo un proceso de intervención más ortodoxo, y la ley plantea otra cosa, esta cuestión del respeto, de garantizar los derechos de las mujeres, de las familias, de acompañar, de respetar los tiempos de cada uno, que a veces acá, resultan dificultosos...” (Trabajadora Social Maternidad Martín)

“... el Roque indudablemente tuvo otro proceso de implementación de la ley, no tenía la estructura, pero sí una apertura, una decisión política, acá hubo cierta resistencia, a esto... acá las normas se interpretan de una manera muy particular y las normas son lineamientos que todos de alguna manera deben respetar, y es la

forma en cómo puede estar funcionando cualquier organización, o institución en la sociedad, es la forma para que no haya un caos, no se produzca una anomia, como diría Durkheim. Pero se siente como que es una imposición, pero en realidad tiene que ver con otras cuestión, con tener en cuenta los cambios, la medicina permanentemente cambia, es una ciencia que permanentemente está en permanente modificación y de avances, ¿entonces como no poder entender que no es lo mismo el proceso de parto de los años 30 y estamos en el 2017 y que hay que tener en cuenta estas cuestiones? ...” (Trabajadora Social Maternidad Martin)

Trabajadora Social del Centro de Salud Martin:

“... Cuando cerro el Roque y mucha gente tuvo que venir a trabajar acá, sirvió un montón para la gente de la Martin, el ver otras experiencias, fue una convivencia difícil según cuentan todos, porque venían con otra lógica del Roque, pero algunos médicos de la Martin comenzaron a ver que estaba lo del banquito²⁷ y cuando lo empiezan a experimentar con otro, cuando uno empieza a ver que hay otra forma y que se puede con otros tiempos, creo que eso habilito a que alguno digo ‘a bueno, esto... ’ y que fue violento, con malestar, porque también era decir como ellos hacían todo mal, la gente de la Martin...” (Trabajadora Social Centro de Salud)

Se entiende a partir de lo expuesto, que para poder implementar el modelo de atención que nos encontramos analizando, el equipo de la Maternidad Martin se encuentra atravesando un proceso de cambio que implica no solo practicas diferentes a las utilizadas tradicionalmente, sino que, y a nuestro entender, un cambio de actitud mental por parte del equipo de salud.

Para culminar con este apartado, acordamos con Castrillo cuando expone que:

²⁷ La profesional hace mención a una herramienta - un banco de madera - en donde se puede desarrollar el trabajo de parto como así el parto. Gustavo Baccifava, Director de la Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña describe en el año 2012 al Diario La capital como se lo utiliza en dicho efector, "...Después de la aceptación profesional, el banquito se incorporó al proceso del parto como una opción para hacer los pujos, aunque después se dio a luz con posiciones convencionales. `fueron muchas las mujeres que lo usaron para pujar, pero sólo hubo cuatro nacimientos`, relató Baccifava. Y dijo que en ese momento tan especial la mujer adoptaría posiciones cómodas si se la dejara optar y no se la condicionara..." [...] "...`Nosotros ofrecemos la opción de usar el banquito, no obligamos a nadie`, comentó el médico. Y dijo que en esa situación el obstetra también se pone en cuclillas o se sienta en otro banco al lado de la mujer para recibir al bebé. Esta forma de parir, en la mayoría de los casos, hasta hace innecesaria la episiotomía (cortes para ampliar el canal de parto)..."(<https://www.lacapital.com.ar/la-ciudad/en-rosario-ya-se-realizan-partos-posicion-vertical-n384048.html> consultado el 05/12/2017)

“...la revisión de las prácticas médicas rutinizadas en la atención obstétrica de partos es precisa, necesaria y requiere acompañamiento, capacitación y formación constantes. Desaprender lo aprendido y relativizar lo sabido para dar lugar a la emergencia de nuevas formas de trabajar y de asistir partos es un proceso multifactorial...” (Castrillo2016; 19)

3. d. Acompañamiento. “A quien apretarle la mano”

El acompañamiento tiene con objetivo generar mater/paternidades más conscientes y afectivas desde el primer vínculo con la persona que está naciendo, además de brindar apoyo emocional a la mujer de parto. Es uno de los derechos que actúa como *indicador* de la implementación efectiva de la política de humanización, en este sentido, es el componente más frecuentemente asociado con la Ley de Parto Humanizado. El mismo, ampara la libertad de elección de la mujer gestante respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto independientemente de la vía de nacimiento y el posparto.

Todos los profesionales mencionaron el tema en las entrevistas desde sus distintas instancias interventivas expresando la importancia del mismo, a la vez que mencionaban también las limitaciones para poder efectivizarlo. Se destacaron las citas entorno al acompañamiento durante la cesárea, dado que es uno de los derechos más naturalmente vulnerados.

La Trabajadora Social del Centro de Salud describe la modalidad de atención en el espacio para embarazadas de este efector, resaltando como una limitación al acompañamiento la infraestructura, la falta de espacio físico:

“.... Creo que pueden venir acompañadas, totalmente, aparece la demanda, pero a la hora de venir no asisten. También hay una cuestión de que no hay espacio físico, que no contamos con un lugar hermoso, en donde podamos poner música, con colchonetas, cuando se realiza, se hace en un consultorio y es horrible. Algunas veces se ha pedido algunos lugares, el auditorio del CEMAR, pero siempre es de prestado. Entonces vas un día y a lo mejor no lo tenes....” (Trabajadora Social Centro de Salud)

Según expresiones previas, como también la que continúa, la Médica Tocoginecóloga no observa cambios en las intervenciones que se realizan desde el consultorio en las consultas prenatales, en relación a la aplicación de la Ley:

“... nosotros veníamos trabajando así, acá no hay mucha intervención, siempre se le pregunta a la paciente, nadie la va a obligar a hacer algo que no quiera, siempre entraron los papás en general. Debe haber cambiado en la maternidad la modalidad de atención...” (Médica Tocoginecóloga Centro de Salud)

La Coordinadora del Centro de Salud nos relata lo que ella ve como limitaciones en el acompañamiento durante una cesárea programada, haciendo referencia a la responsabilidad del médico ante lo que es una cirugía mayor:

“... es un poquito más complicado porque hay que entender que un quirófano es un ambiente que inclusive requiere ciertas condiciones para que las cosas salgan bien, no es que uno le niega el acceso a eso, obviamente que lo define un cirujano, yo no opero no lo puedo decidir, pero entiendo en un punto al colega en función de que a él también se le exige que garantice cierta idoneidad en la práctica que va hacer y que eso implica que no pueda estar todo el mundo con la cámara de fotos filmando un cirugía, por más que alguna embarazada desea que su acompañante este, es como difícil consensuar cuestiones técnicas, sobre todo en el tema quirúrgico, con las cuestiones familiares...” (Coordinadora Centro de Salud)

En esta cita se desconoce, que además de proporcionar apoyo emocional a la mujer, el acompañante puede ayudar a la realización del contacto piel con piel entre la madre y su hijo/a. Los beneficios de esta medida están contrastados científicamente²⁸. Paralelamente, Perla Prigoshin, titular de la CONSAVING (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género) expuso en una nota en el portal web de Télam:

“... la negación a ingresar acompañada al parto cuando es por cesárea es el motivo más frecuente de denuncia de violencia obstétrica que hemos recibido” y añade: “Ahora, bien, cuando nosotros indagamos en las instituciones sobre el motivo, la respuesta es que “los acompañantes no pueden ingresar por

²⁸ Algunos de los beneficios son: Mejor adaptación del recién nacido al medio ambiente. Mayor duración de la lactancia materna. Favorece el establecimiento de vínculos afectivos. Disminución del llanto y la ansiedad del niño. (OMS, 2008)

protocolo de las intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, no hay demostración científica de que una persona con el equipamiento correspondiente aumente el riesgo de infecciones...” (Télam, 2017)

En otro sentido se expresa la Trabajadora Social del Centro de Salud, destacando la vulneración de un derecho de la mujer gestante:

“...esta cuestión de que vayan a cesárea, y que vaya la mujer sola, cuando tenes ir acompañada, porque podés ir acompañada, porque es tu derecho y que no se cumpla... que uno vaya condicionado en eso es terrible...” (Trabajadora Social Centro de Salud)

Del ejemplo anterior se entiende que se produce una aplicación de la norma de manera relativa o discrecional en cuanto al derecho de la gestante de estar acompañada en una cesárea programada, basándose en prácticas y costumbres instituidas por el efector de salud, que vulnera así los derechos de la mujer gestante, su hijo y familia.

Por otro lado, consideramos importante resaltar que aunque el derecho al acompañamiento es un aspecto importante de la ley, no siempre este hecho tiene la misma implicancia en cada mujer, en cambio brindarle a la mujer el poder de decidir sobre sus derechos, es decir, como según su individualidad, subjetividad y necesidad hará efectivo es derecho, en este caso de quien la acompañara o no, lo consideramos prioritario. Asumir que todas mujeres de parto quieren que esté presente su marido o compañero/a puede resultar en una falta de respeto a la individualidad y poder de elección de esa mujer.

4. d. Dificultades del Personal de Salud.

En este apartado nos referiremos a las dificultades que expresan los profesionales en cuanto a la implementación de la normativa que nos encontramos analizando. A excepción de 1 (un) profesional todos destacaron como condicionantes, el elevado número de usuarios que solicitan atención médica en el efector conjuntamente con la alta cantidad de demandas que realizan los usuarios. Además de la infraestructura hospitalaria o del centro de salud, y las condiciones laborales en que se ejerce la práctica.

Es así que la Trabajadora Social del Centro de Salud, expresa como una dificultad que ella observa en las consultas prenatales que son llevadas adelante por los médicos generalistas, el alto número de usuarios a los que se les brinda atención diariamente, sumado a una población muy heterogénea:

“.... También hay como muchos factores, hay médicos que habilitan más a hablar en una consulta sobre esto y hay médicos que no, porque no hay tiempo, porque tenes un montón de gente en la sala de espera, porque a su vez atendes a una embarazada y después a uno por adicciones. Al ser una población tan variable... en todos los centros, el médico generalista atiende a una embarazada, a alguien por salud mental, a los chicos en situación de calle...” (Trabajadora Social Centro de Salud)

Y en el mismo sentido, refiriéndose a la Maternidad añade, destaca nuevamente la cantidad de usuarios que requieren atención:

“....Incluso si uno habla con algunas de las personas en la maternidad, hasta hay compañeros que tienen la mejor, y te dicen que no se puede, porque tienen un montón de demanda y hacemos un montón de partos y no podes estar pensando a ver que quiere o que no quiere, que si le pregunto... entonces una queda ahí como medio atrincherado... también hay una realidad de que hay un montón de partos por día, hay una demanda muy grande, y una se pone en el lugar del médico que dice: ‘Yo no doy abasto’ y también es real. Las condiciones laborales. Hay una sala que armaron cuando vino la gente del Roque, a donde hay música, está pintada²⁹, unos espejos, pero no hay tiempo de usarla porque es tanta la demanda...” (Trabajadora Social Centro de Salud)

A la par, la Medica Tocoginecóloga relata la numerosa demanda de atención que se recepciona en la Maternidad, adquiriendo importancia la carencia de infraestructura, referenciando además, que para poder aplicar la modalidad de parto respetado harían faltas más recursos humanos e insumos, pero principalmente voluntad política por parte de la Dirección del efector:

²⁹ Los enfermos se curan antes y mejor en hospitales agradables a la vista que en instituciones feas, la explicación a este fenómeno radica en que la contemplación de la belleza incrementa la producción de endorfinas que nos ayudan a sentirnos mejor, por tanto, aunque se trate de medidas superficiales pueden tener un efecto proporcionalmente benéfico. (Davis Floyd 2001;12)

“...la dinámica de la institución, que tiene tantos partos, con muy poco lugar; por ejemplo acá no tenemos una sala para tener pelotas, hay un pasillo que se habilita para eso, vos para hacer un parto respetado necesitas tiempo, lugar físico, edificio, necesitas mayor cantidad de personal, porque se va a demorar mucho más el trabajo de parto, si vos tenes pacientes esperando sentadas en una silla el trabajo de parto, desde ahí un parto respetado esa paciente no lo puede tener y el medico va a tener que apurar a las otras, porque si no, no puede recibir más pacientes y eso no lo puede hacer en la maternidad...” y añade, “...Si vos tenes la maternidad llena, no tenes ni una cama y tenes que hacer sentada el trabajo de parto, no se... por más voluntad que tengan llega un punto que no lo podes hacer. Por lo menos como es en la Maternidad Martin, tenes que derivar puerperio a lo mejor, si lo podes derivar, es todo un esfuerzo también, que si vos sos médico y ves que desde tus directivos no se van a ocupar, no van a trabajar llega un punto, vos podes tener muy buena voluntad, pero bueno...” [...] “...Acá en la Martin, no todas las guardias son igual, hay una sola guardia que practica la modalidad y tenes que caer justo ahí, después el resto sí, no te van a poner el suero, vas a caminar, pero bueno, después vas tener el parto en un sillón, porque no está el banquito, lo tiene que traer el médico y por más que el médico que este, quiera no tiene los elementos y eso si es una decisión política...” (Médica Tocoginecóloga Centro de Salud)

Igualmente, la Trabajadora Social de la Maternidad en el mismo sentido que las anteriores profesionales, refiere a modificaciones edilicias concretas en este efector, paralelamente que reconoce como una dificultad mayor “las resistencias” por parte de los equipos médicos:

“... yo creo que esta maternidad que es una maternidad modelo, que es la que más partos hace... te diría en la provincia, creo habría que pensar en hacer algunas reestructuraciones que se adecuen más a lo que plantea la ley, porque bueno esta maternidad fue diseñada en un momento o en un contexto histórico muy particular que no es el actual, entonces hay algunas cosas, sobre todo edilicias...” [...] “... pensar en cómo se puede adecuar mejor la Guardia para que, la en la Sala de Parto pueda estar también la parte de Recuperación del bebe, porque ahora está la Sala de Parto y la Sala de Recuperación está a continuación, pero no en el mismo espacio, entonces la idea es ver cómo se puede estar acondicionando los espacios, para que puedan ser lo más contenedores y que se pueda estar acompañando de la mejor manera posible el proceso de parto...” [...] “... una dificultad puede ser esta, dentro de la salud lo que implica la formación de salud, no todo el mundo tiene el mismo posicionamiento, no todo el

mundo concibe a la salud desde una concepción más integral, desde una perspectiva de derechos, y a veces eso genera una dificultad en relación a implementar la ley, las resistencias, el posicionamiento, y la formación profesional puede ser una dificultad a la hora de implementar la ley...”(Trabajadora Social Maternidad Martin)

A lo largo de los planteamientos anteriormente expuestos, se desprende que las entrevistadas interpretan que lo que impiden que se garanticen derechos y se cambien y adecuen las prácticas médicas al modelo de atención desde la humanización, serían condiciones de trabajo negativas, precarias, una constante vulnerabilidad al estrés laboral propio de la actividad, una numerosa y heterogénea población que presenta diversas demandas. Además de percepciones diversas de los profesionales acerca de lo admisible del parto humanizado, simultáneamente, a directivas poco claras. Podría decirse que estas expresiones, *“hacen referencia a la violencia de la que son víctimas en su actividad profesional diaria, vinculándola a la deshumanización que hay de la sociedad hacia el equipo de salud”* (Castrillo2016; 14).

En un sentido contrapuesto a todo lo anterior, la Médica Obstetra de la Maternidad no cree que las condiciones edilicias sean un determinante a la hora de poder implementar la Ley de Parto Respetado desde la salud pública, expresándolo de esta manera y mostrando un entendimiento holístico de la ley:

“...El espacio físico no interesa, interesa el acompañamiento. Vos tenes una mujer que precisa caminar, de ultima tiene un pasillo para hacerlo, obviamente que no es lo ideal, yo no tengo TPR³⁰ y me encanta lo del Roque, pero no quiere decir que en un parto, de dos y medio por dos y medio, no se puede parir acompañando a alguien, no se precisa sogá, no se precisa banco, no se precisa pelota, y si se precisa, tengo un banco, puedo comprar una pelota, no puedo poner una tela porque no me da la estructura, pero esas son herramientas, una cosa es parir y otra cosa es tener herramientas. Le podes ofrecer todo y capaz que no usa nada...” [...] “...Si ves que puede parir en un banco, ofréceselo y no hagas intervenciones, y han parido un montón en banco sin saber que lo podían hacerlo y ninguna lo pidió. Es una vuelta de rosca...” [...] “...poder parir no es solamente un acto físico, sino todo el mundo pariría, involucra fundamentalmente la

³⁰ Las TPR son salas en donde el trabajo de parto, el parto y la recuperación tienen lugar en un mismo espacio y la mujer no debe trasladarse de una sala a otra durante el proceso. La profesional hace referencia a ellas, dado que en la Maternidad del Roque Sáenz Peña si las hay.

historia que acarrea la mina atrás...” (Obstetra Maternidad Martin)

Solo la antropóloga Robby Davis Floyd habla de un tercer paradigma de la medicina, el Modelo Holístico, este tipo no sería solo conexión la mente y el cuerpo, sino unidad entre mente, cuerpo y *espíritu*, “...*el cuerpo como un sistema de energía inter-vinculado con otros sistemas de energías...*”. El Paradigma Holístico, se basa en definir el cuerpo no como máquina y no sólo como organismo, sino además, como un sistema de energía. Desde este modelo se aborda a toda la persona en el contexto de toda su vida y en el contexto de la unidad esencial entre cuidador y paciente (Davis Floyd 2001). Podemos decir que las intervenciones de la obstetra de la maternidad se enmarcan en este paradigma.

“...En este modelo holístico, se puede intervenir a nivel de energía para no tener que intervenir a nivel de tecnología, se puede tomar cuenta de los deseos, miedos de la madre, preguntar por sus sentimientos ante las circunstancias que se evidencian; por ejemplo ante una falta de progresión del parto, preguntar a la mujer cuál es su estado de ánimo antes de recurrir a la oxitocina, la mujer puede desahogarse y así liberar su energía negativa, recuerden que las lágrimas cargan hormonas de estrés y las expulsan del cuerpo. En este modelo se pueden reducir las intervenciones físicas actuando a nivel emocional y espiritual, también en el modelo holístico se pueden mezclar, para servir al individuo, ciencia y tecnología en lugar de manejar o dirigir el parto, la ciencia o la tecnología solamente existen para facilitar la habilidad de la mujer...”(Davis Floyd 2001; 15)

Respetar, priorizar y fomentar la individualidad, normalizar lo que tiene de único y particular cada mujer y cada bebe debería ser la tarea de los cuerpos profesionales que se encuentran en la atención de partos/nacimientos, lo que necesita cada mujer para ese parto, en este momento de su vida, no lo que dicen los protocolos. Así, lo expone la Obstetra:

“...hay mujeres que han parido en casa y yo he tenido la suerte de acompañarlas en una institución, con una peridural y han cambiado la metodología de dos partos en casa a uno institucional, por una necesidad de esa mujer, de ese momento, de su historia y vivirlo hasta con placer y no sentirse avergonzada por haber

cambiado. Las mujeres cambiamos, la mujer que quiso una cesara y ahora quiere todo al revés porque descubrió algo, fantástico!...”
(Obstetra Maternidad Martin)

Se puede entender entonces que lo que determina el efectivo cumplimiento de la normativa y por tanto, como se desarrolla el proceso de parto, es el paradigma desde el cual se posiciona el equipo interviniente. Creemos al igual que la Obstetra de la Maternidad que es la ideología, la cosmovisión de los sujetos que están acompañando partos, lo que impide el poder hacer una efectiva implementación de la ley de Parto Respetado en la Maternidad Martin. Las declaraciones de la Obstetra nos demuestran que brindar atención de calidad con muy poca infraestructura, crear espacios holísticos contenedores de la díada mama /bebe, humanísticos, respetuosos de la fisiología humana y de la individualidad de cada mujer gestante, dentro de una institución tecnocrática, es posible, siempre que exista voluntad política/ideológica de los cuerpos médicos y de los directivos.

e. Las Voces de las Mujeres

En este apartado daremos cuenta del proceso a travez del cual ordenamos, clasificamos y sistematizamos los resultados de las encuestas realizadas a travez del formulario que ofrece Google. Los mismos se presentan en graficos con el proposito de hacerlos mas comprensibles.

La sistematizacion y analisis se realiza sobre una base de 32 formularios respondidos durante el mes de mayo de 2017 en la Ciudad de Rosario, dirigida a mujeres que hubieran parido entre los años 2015 y 2016 especificamente en la Maternidad Martin. Las preguntas rondan en relación a la atención durante el proceso de nacimiento de su hijo. Recordamos, fue una encuesta anónima online, publicada en 4 grupos de Facebook, que estan orientados en la tematica de Partos Respetados y Crianza. El fin de la misma fue indagar acerca de cuánto conocimiento sobre la Ley de Parto Respetado recibieron las mujeres al momento de parir en la Maternidad Martin. Sin embargo, se recibieron formularios de mujeres cuyos partos fueron atendidos en efectores de salud privados, fue asi que nos parecio interesante incluirlos para poder tener una aproximación general acerca de como se producen los partos/nacimientos en nuestra ciudad y bajo que condiciones.

Paralelamente, se sumaran expresiones de las mujeres entrevistadas en el Centro de Salud Martin.

1.e. Distribución de los Partos/Nacimientos:

Se presentan los resultados de la encuesta, según se produjeron los partos en efectores públicos o privados. Paralelamente, a una discriminación de los mismos en cuanto, a donde se realizaron los controles prenatales.

Gráfico N° 1:

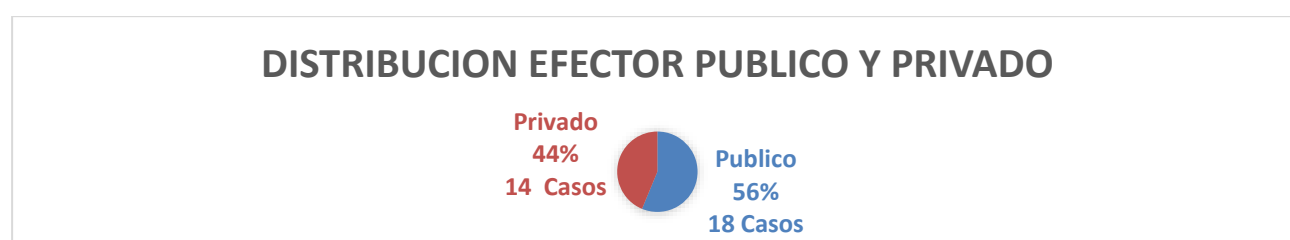


Gráfico N° 2:

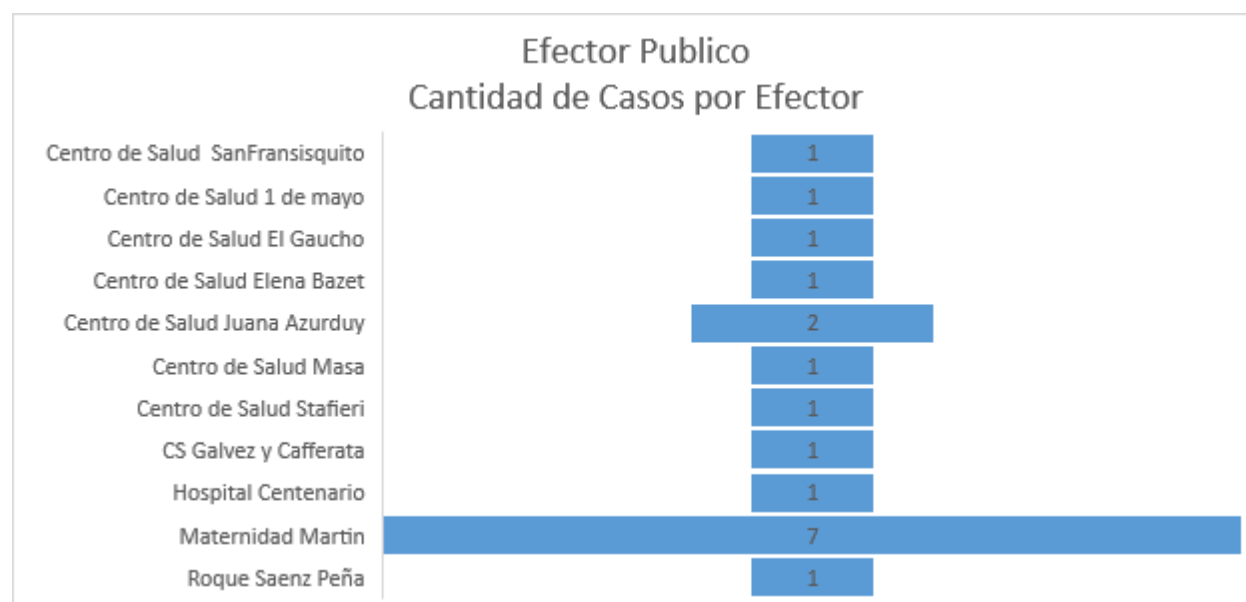
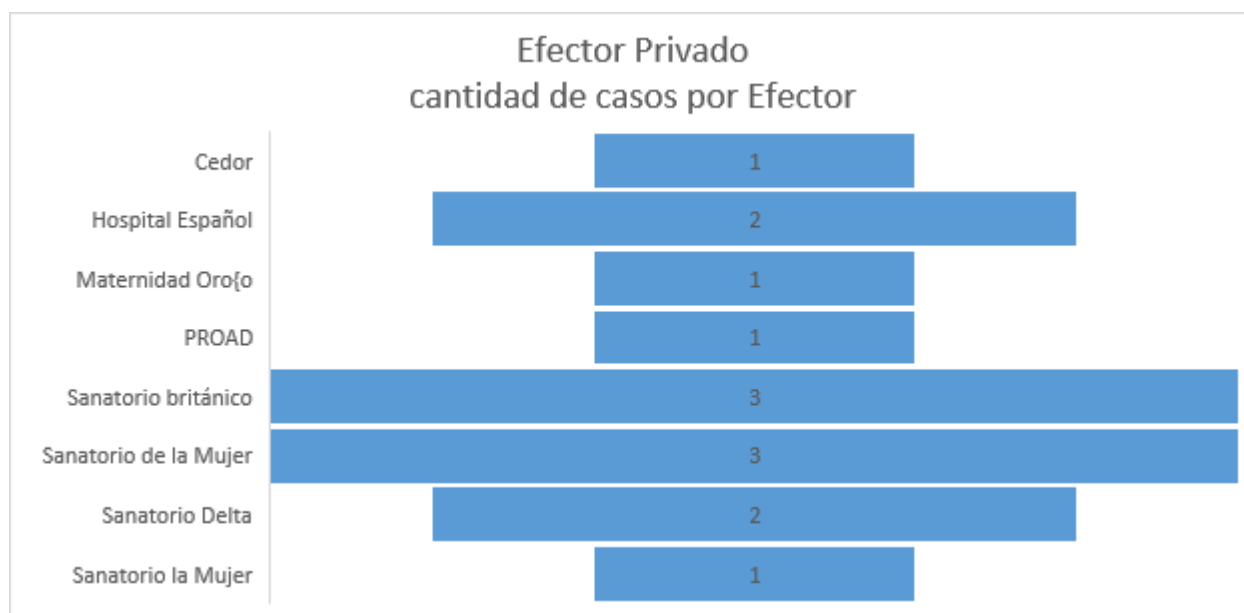


Gráfico N° 3:

Como muestran los gráficos, de las mujeres que respondieron la encuesta, la mayoría ha recibido sus atenciones en efectores públicos, siendo el más concurrido el Centro de Salud Martín. En cuanto a los efectores privados, los que cuentan con mayor número de atenciones son el Sanatorio Británico y el Sanatorio de la Mujer.

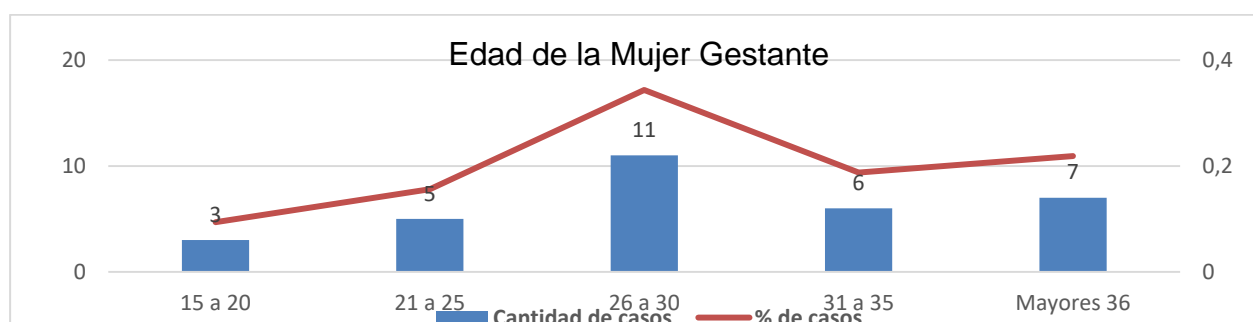
2.e. Perfil sociodemográfico

La edad media de las mujeres que respondieron es entre 25 y 30 años. Seguido por los rangos de entre 31 y 36 años, continúan mujeres de entre 21 a 25 años y finalmente el rango de 15 a 20 años de edad.

En términos de educación, se encontró que la mayor parte de las encuestadas tienen estudios universitarios completos o incompletos, seguidos por la franja que asistió al nivel secundario sin culminarlo de igual manera quienes lo han completado. Posteriormente, continúa el rango de mujeres con estudios terciarios y solo 1 (una) mujer que respondió que posee el nivel primario completo.

Cabe agregar que 22 (veintidós) de las 32 (treinta y dos) mujeres que respondieron, eran primerizas.

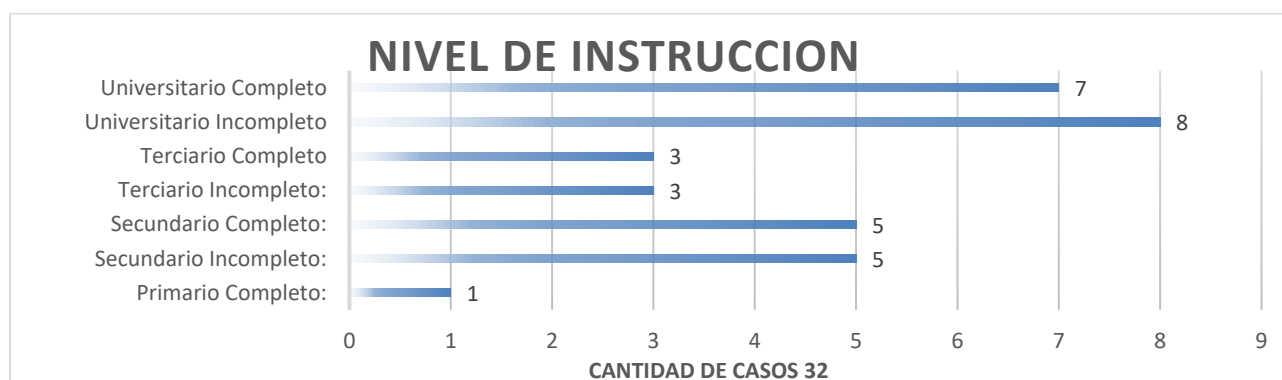
Gráfico N°4:



3.e. Nivel de Instrucción:

Podemos observar que a excepción de 1 (una) mujer, las que eligieron responder la encuesta poseen cierto capital cultural y simbólico, como precedentemente afirmaron los profesionales entrevistados.

Gráfico N°5:

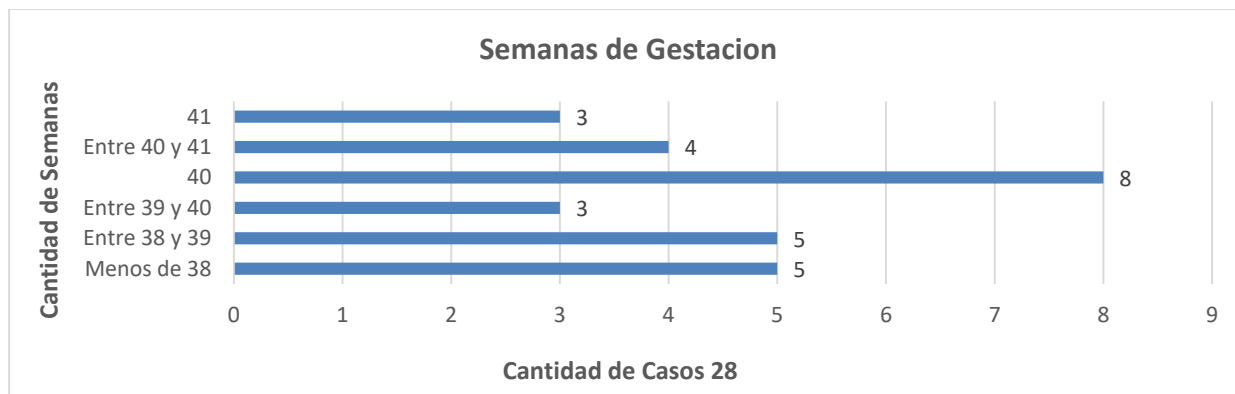


4.e. Semanas de Gestación:

Tradicionalmente se habla de 9 meses o 40 semanas y se decía que era normal que se extendiera hasta 2 semanas el parto. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un embarazo a término puede durar de 37 a 42 semanas. En un embarazo que no presente complicaciones o algún tipo de patología, puede esperarse el nacimiento hasta la

semana 42 sin inconvenientes. El mínimo de lo deseable sería, la semana 40³¹, del gráfico se desprende que 13 de los 28 casos las mujeres parieron antes de esa fecha.

Gráfico N°6:



Sin embargo, la edad gestacional al momento del parto se determina en base a la fecha de la última menstruación de la mujer, calculando el tiempo en semanas desde el primer día de la última menstruación normal (FUM) hasta la fecha del nacimiento. Con frecuencia ocurre que la fecha de la última menstruación no es confiable, sumando a que es difícil conocer la fecha de la ovulación, como la fecha de la concepción con exactitud, y aunque a través de la ecografía del primer trimestre podamos conocer la edad gestacional del bebé, la evidencia muestra que solo entre un 4 o 5%³² de los bebés nacen en su fecha probable de parto, lo que nos permite suponer que es mayor el número de partos antes de la semana 40, como ya se dijo, la mínima deseable.

Estos datos, nos dan la posibilidad de inferir que el sistema de salud está programando mayor cantidad de inducciones o cesáreas de las médicamente justificadas y muy por debajo de las semanas de gestación recomendadas por los organismos internacionales.

³¹ Las Organizaciones internacionales que promueven la humanización de los nacimientos, eligieron como lema de la Semana del Parto Respetado 2017: "¿40 semanas? el nacimiento tiene el momento correcto, no el programado" basándose en informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

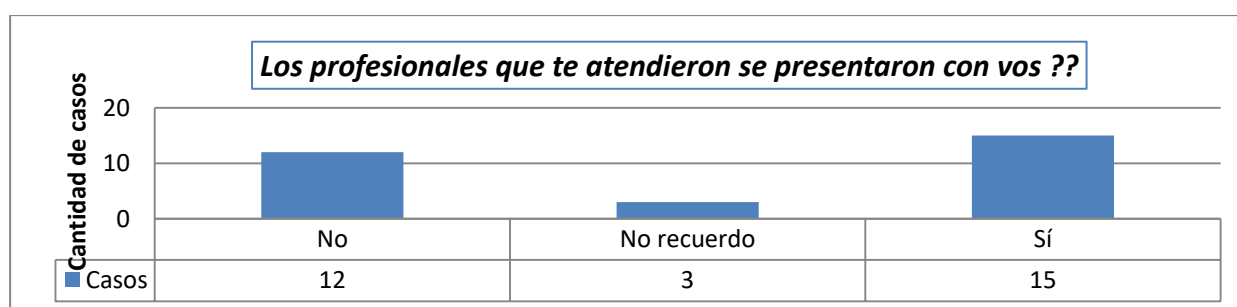
³² <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/08/21/el-mito-del-embarazo-de-40-semanas-ha-caido> consultado el 13/11/2017.

5.e. Trato:

Para que un evento sexual, como lo es el parto y el nacimiento se desarrollen saludablemente deben pre-existir ciertas condiciones: respeto, empatía, tranquilidad, seguridad. Un aspecto interesante a considerar es la importancia de la presentación del profesional a la mujer, dado que dar un nombre es una manera de personalizar e individualizar la atención hacia la gestante.

A partir del gráfico que se encuentra a continuación podemos observar que 15 (quince) mujeres respondieron que el equipo médico interviniente, se presentó con la misma, y 12 (doce) manifiestan que no se presentaron, mientras que 3 (tres) mujeres no lo recuerda.

Gráfico N°7:



Un trato respetuoso e individualizado debería ser una constante de sentido común inherente a las prácticas en salud, sin embargo, la mujer que se encuentra en trabajo de parto en un efector de salud, muchas veces es objeto de comentarios que afectan de manera negativa el bienestar de la misma y el proceso que se encuentra atravesando.

La violencia verbal, emocional y psicológica tiene impacto en lo físico y, por lo tanto, consecuencias directas en lo biológico y fisiológico tanto para la madre como para el bebé.

En el Gráfico N°8 podemos observar que 5 (cinco) mujeres manifestaron se les generó miedo en relación a ella y/o su bebé, en algún momento del proceso de nacimiento. “...Este acto suele ser una forma de manipulación, que ejerce el equipo de salud para que la mujer acepte sin cuestionar, ni preguntar sobre las prácticas médicas que le son impuestas...” (Observatorio de Violencia Obstétrica, 2015).

Además, 9 (nueve) consideran que no se respetó su intimidad y 4 (cuatro) no lo recuerda.

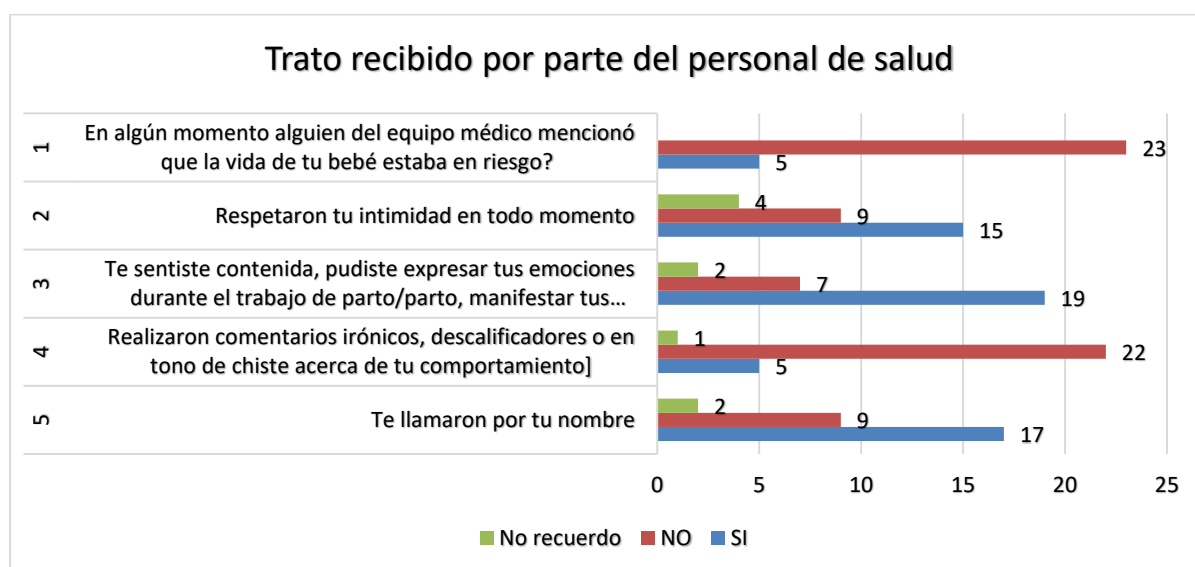
En cuanto a si se sintieron contenidas o pudieron expresar sus miedos, emociones, 7 (siete) de 19 (diecinueve) respondieron que no, mientras que 2 (dos) no lo recuerdan.

Cuando nos encontramos atravesando un proceso de tal magnitud psico-emocional, que la mujer no pueda expresarse, que no se la contenga, afecta el proceso a nivel fisiológico saludable, como también entorpece el vínculo con su hijo/a. Por otra parte, 5 (cinco) mujeres recibieron comentarios irónicos o descalificadores, 1 (una) no lo recuerda (Observatorio de Violencia Obstétrica, 2015).

Finalizando, a 9 (nueve) no las llamaron por su nombre y 2 (dos) no lo recuerdan.

Si bien la mayoría de las mujeres respondieron de manera favorable en cuanto al trato recibido por parto del personal de salud, y podemos decir que en su mayoría respetaron su individualidad, para poder decir que existe un efectivo cumplimiento de la Ley, todas las mujeres gestantes deberían recibir el mismo trato.

Gráfico N° 8:



Expresiones y dichos de las mujeres entrevistadas en el Centro de Salud que dan cuenta de alguno de los procesos antes descriptos:

Entrevista N°1:

Entrevistadora:

- “...Durante el trabajo de parto, pudiste contar que te pasaba?...”

Mujer:

- “...no porque como éramos muchas... no...”

Entrevista N°8:

Entrevistadora:

- “...te sentiste contenida, pudiste expresar emociones?...”

Mujer:

- “...me hacían callar, porque gritaba mucho...”

Entrevistadora:

- “...respetaron tu intimidad en todo momento?...”

Mujer:

- “...más o menos... era el practicante A, el B, el C estaban todos...”

Entrevista N°8:

Entrevistadora:

- “...te llamaron por tu nombre...?”

Mujer:

- “no, mamá me decían, mami...”

Entrevista N°13:

Entrevistadora:

- “...respetaron en todo momento tu intimidad?...”

Mujer:

- “...si, se podría decir que si, lo tuve después de 10 años a mi hijo, viene uno, viene otro... algo que no me gusta a veces...”

Como se puede observar, la relación que se establece, entre la mujer y el equipo de profesionales que la acompañan, tiene una fuerte influencia sobre su experiencia en el parto. En este sentido, consideramos que es prioritario dejar atrás la cosmovisión que pone al médico en una posición dominante por encima de la mujer gestante y cambiar la tradicional y comúnmente aceptada relación de autoridad/obediencia por una colaboración estrecha entre ambas partes. La base de esta relación debe ser el respeto mutuo. Un respeto que va más allá del trato cortés y que implica necesariamente el conocimiento y aceptación de los derechos que otorga la ley a las usuarias del sistema

de salud, como son: derecho a decidir, derecho a la protección de su intimidad y dignidad.

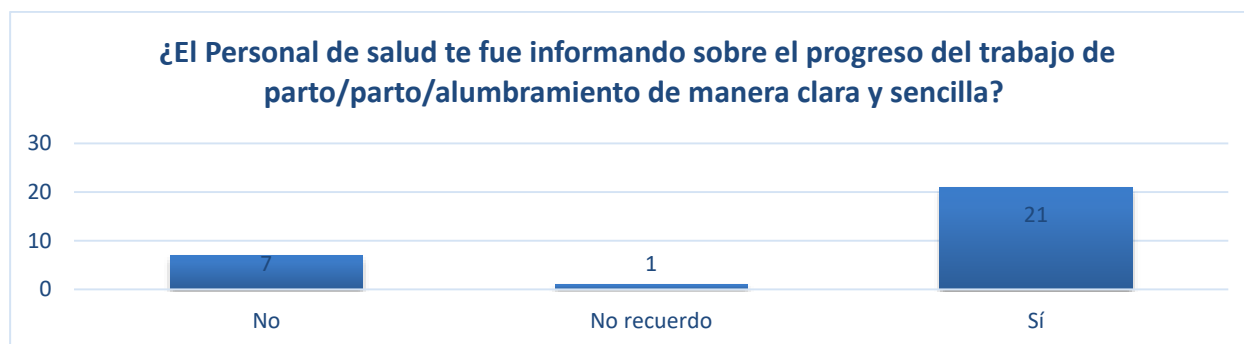
6.e Informaciòn y Practicas:

Brindar informaciòn fehaciente a la mujer sobre el proceso que esta atravesando, creemos es una manera de empoderarla, dado que a conciencia, puede tomar decisiones sobre su cuerpo y su hijo que esta naciendo. El Gráfico N°9 muestra que la mayoría de las mujeres que respondieron el cuestionario pudieron hacer uso de ese derechos que les confiere la Ley de Parto Respetado. Sin embargo, es relevante resaltar el hecho de que informar, no es una mera enumeraciòn de practicas a realizar o instrumental a utilizar, sino el poder de manera clara y sencilla transmitirle a la mujer en que consta cada intervenciòn que se le hara a ella y a su hijo/a, es decir, hacerla participe del proceso y en todo momento escuchar su opiniòn, ya que es su derecho.

En tal sentido, sólo conociendo, ejerciendo y reivindicando los derechos se puede asumir, la responsabilidad en las decisiones relativas a su salud y la de sus hijo/as. Siendo menester resalta que este proceso de empoderamiento a travez de la informaciòn comienza durante los controles prenatales.

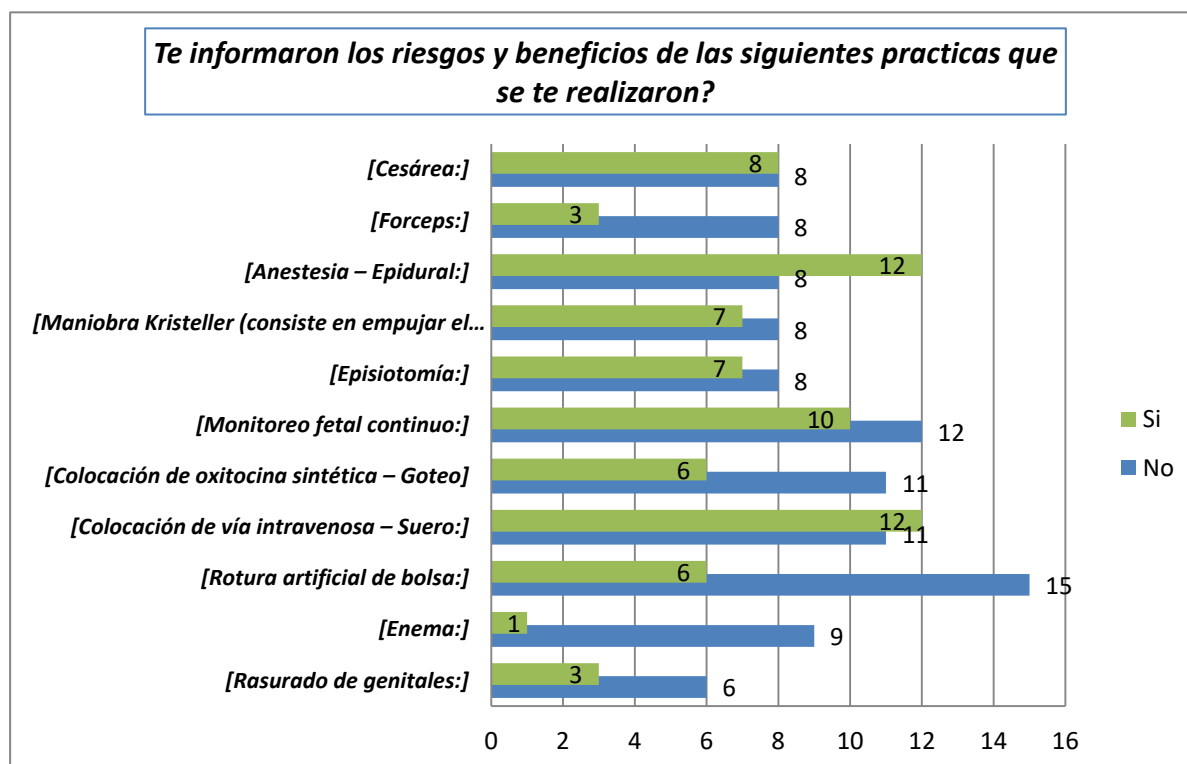
En el grafico a continuaciòn podemos observar que 21 (veintiún) mujeres respondieron que fueron informadas del progreso del trabajo de parto, parto y alumbramiento, 7 (siete) dicen no haber contado con esa informaciòn y 1(una) no lo recuerda.

Gráfico N°9:



Sin embargo, cuando se les consulta la información brindada, practica por práctica realizada, las estadísticas cambian como lo muestra el gráfico N° 10.

Gráfico N°10:



Es prioritario destacar que en todos los casos presentados debería brindarse previamente la información sobre la práctica que se necesita realizar, en lenguaje claro y accesible, luego preguntar a la usuaria si está de acuerdo, es decir, si consiente la práctica.

A continuación se describe que implica la implementación sin justificación médica de estas intervenciones sobre el cuerpo de la mujer durante el proceso de parto:

Cesárea: Como ya hemos enunciado precedentemente, los porcentajes de nacimientos por cesáreas han aumentado, como consecuencia de este fenómeno “...ha habido un aumento de las complicaciones, incluyendo una incidencia más elevada de placenta previa, placenta ácreta, rotura uterina asintomática, hemorragia, necesidad de transfusión, y necesidad de histerectomía...” (Guía de Procedimientos en Obstetricia Basados en la evidencia, 2009; 126)

Forceps: diseñados para ayudar en los casos que se requiere extracción fetal rápida durante el expulsivo. Sin embargo, los riesgos del empleo de estos instrumentos son principalmente los traumas de la cabeza fetal y lesiones en los genitales de la mujer.

Epidural: En la asistencia del parto natural los métodos “no farmacológicos” deben priorizarse, su utilización en forma rutinaria medicaliza el parto innecesariamente, la epidural no es inocua y tiene sus riesgos, *“pues en muchas ocasiones, no solo elimina el dolor, sino también cualquier otro tipo de sensaciones e incluso la movilidad, pues se suele mal-utilizar como anestesia, en lugar de simplemente como analgesia...”* (El Parto es Nuestro, 2012)

Maniobra de Kristeller: La misma consiste en presionar el abdomen de la mujer hacia abajo, para conseguir que el bebé salga o como mínimo llegue a la coronación. No hay evidencia que avale que deba ser realizada, es más, puede ser perjudicial tanto para el útero, como para el periné y el bebé. Esta maniobra, está categóricamente desaconsejada por la OMS, en algunos países incluso está prohibida (Observatorio de Violencia Obstétrica, 2015).

Episiotomía: A pesar de la falta de evidencia científica a su favor y una cantidad considerable de evidencia en su contra, se practica este procedimiento quirúrgico ante la presunción de que los desgarros espontáneos en el periné causan mayor daño. Sin embargo, este procedimiento realizado de manera rutinaria acarrea secuelas físicas, emocionales y psicológicas que pueden ser devastadoras para la mujer, en su posterior vida cotidiana, sexual y reproductiva. La OMS la considera como una mutilación genital (Observatorio de Violencia Obstétrica, 2015).

Monitoreo Fetal Continuo: Según la OMS, no existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria, tenga un efecto positivo sobre el resultado del parto, todo lo contrario, aumenta el número de intervenciones sin que exista un claro beneficio para el bebé. Supone además molestias añadidas para la mujer que debe quedarse acostada reduciendo su movilidad. *“...La sensibilidad del método con respecto a la detección de sufrimiento fetal es alta, pero la especificidad es baja (Grant 1989). Esto significa que este método tiene como consecuencia una alta tasa de señales positivas falsas, y*

paralelamente un alto número de intervenciones (innecesarias), especialmente cuando se usa con un grupo de embarazadas de bajo riesgo (Curzen et al 1984, Broten et al 1989)...” (El Parto es Nuestro, 2017)

Colocación de oxitocina: utilizada tanto para inducir el parto como para acelerar los tiempos del mismo, aunque los últimos estudios científicos al respecto han evidenciado que no acorta la duración total del parto de forma significativa. Provoca que las contracciones sean más frecuentes e intensas y por tanto más dolorosas que las originadas por la oxitocina endógena. Esto lleva a que la mujer solicite la epidural para paliar el dolor, que a su vez ralentiza el parto, lo que obliga a aumentar la dosis de oxitocina, entrando en una espiral peligrosa, tanto para la madre como para el bebé. “...*Cuando se la utiliza, hay que monitorizar de manera continua la frecuencia cardiaca fetal, para poder advertir inmediatamente si las contracciones perjudican al bebé...*” (El Parto es Nuestro, 2017) pudiendo este terminar teniendo sufrimiento fetal por no poder soportar el ritmo y la intensidad de estas contracciones provocadas artificialmente.

Rotura Artificial de Bolsa: Se practica con el propósito principal de aumentar las contracciones y, por tanto, de disminuir la duración del parto. Se ha demostrado no tener beneficio alguno. “... *La OMS aconseja no romper la bolsa a no ser que haya una detención del proceso (unas cuatro horas de detención) y como primer paso para la estimulación del proceso, antes de poner oxitocina (otras cuatro horas, aproximadamente)...*” (El Parto es Nuestro, 2017)

Las prácticas médicas nunca son inocuas, siempre traen aparejados efectos secundarios, es por esto que su uso debería estar reservado solo para cuando su beneficio real es mayor a su posible riesgo.

Las mujeres entrevistadas en el Centro de Salud así relatan sus experiencias al momento de parir en relación a como se les fue brindando información sobre las intervenciones que se les harían:

Entrevistada N°1 parto inducido que culmina en cesárea, primeriza:

“...me iban contando el proceso, pero hasta el último tiempo, me contaban que me iban a poner, cuando le bajo las pulsaciones, iban

contando el proceso hasta el último momento, ahí fue, que no contaban, le iba bajando a ella el pulso, se hizo caca y tuvimos que ir a cesárea...” [...] “... siempre fue parto inducido hasta último momento, que dijeron tenes que ir a cesárea porque se hizo caca, sino seguimos haciendo el parto...”

Entrevistada N°6 parto vaginal, múltipara:

“... me dejo sola, cada tanto venía a ver como estaba...” [...] “...no estuvieron cerca mío...” [...] “...yo lo único que pedía era la epidural porque estaba muy dolorida y me dijeron que no había anestesiólogo...”

Entrevistada N° 9 parto vaginal, primeriza:

“...usaron fórceps para sacarlo, porque había quedado encajado en el canal de parto, que hoy lo dudo... eso lo dudo... me parece que era para poder facturar un poquito más...” [...] “...la peridural cuando me la quisieron poner los residentes les dije que no y cuando recién vino el obstetra me dijo que faltaban varias horas que me iba acelerar con oxitocina y que si quería me ponía la epidural, no me dijo "hay que ponerla" sino "te la aguantas hasta el momento" y yo ahí acepte porque la verdad era un dolor...”

Entrevistada N° 10 cesárea por inducción fallida, primeriza:

“...yo ingrese a las 7 de la mañana del día 8 y a las 11 de la noche nació, me hicieron un montón (de tactos), más o menos entre 5 o 6 me hicieron...” [...] “...la cesárea fue porque no dilate, tenía dos o tres centímetros nada más, se decidió durante el trabajo de parto, se decidió a las 11 de la noche más o menos y a las 11 y 6 minutos nació él...”

Entrevistada N° 13 parto vaginal, múltipara:

“...ellos me dijeron que me iban a ayudar, me dijeron vamos a hacer esto y esto, tenes que poner de tu parte y ahí sí, me ayudaron mucho... `Vamos a romperte la bolsa` dijeron y se hacía. Así fue? Así hacían...”

En varios de los relatos, se vislumbra que se realizan prácticas sin previa consulta, sin que sea brindada la información sobre el estado de salud ni de las intervenciones que serían

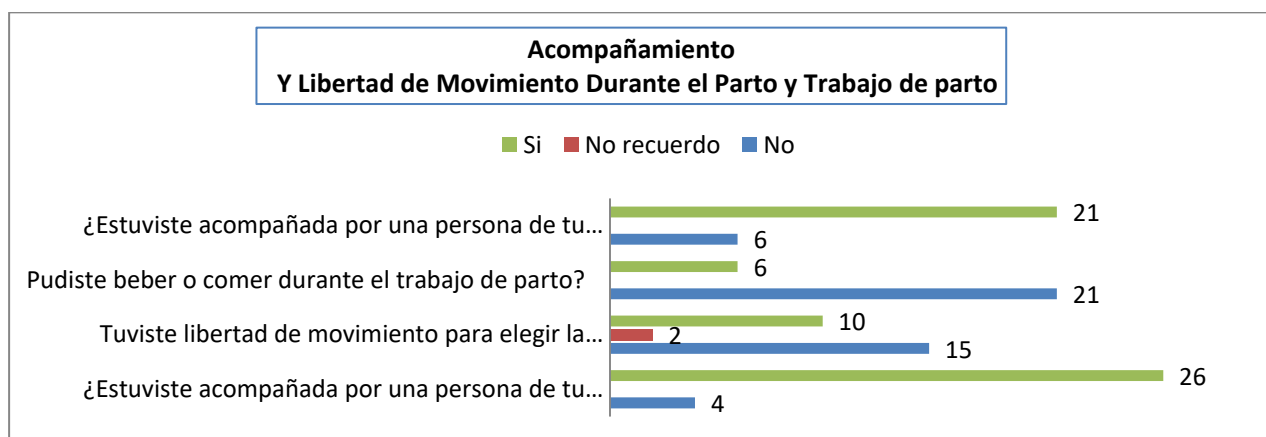
necesarias realizar, así como tampoco, en consecuencia, se da la posibilidad de que la gestante pueda considerar cual es la alternativa que prefieren. Se observa la relación desigual entre quien se pone en lugar de detentación del saber, casi absoluto, y quien no sabe nada, y en consecuencia, no puede elegir, ni decidir.

En el marco de lo anteriormente descrito, resulta oportuno resaltar que las mujeres en trabajo de parto tienen el derecho de disponer de información fehaciente, estar implicadas en la toma de decisiones en cuanto al proceso que están atravesando y sobre la atención sanitaria que se les va a proporcionar. Para facilitar esto, creemos necesario que los profesionales que acompañan estos procesos establezcan una relación empática con las mujeres, de confianza mutua, preguntarles por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados. En consecuencia, el equipo médico en su integralidad debería tener una actitud de legitimación hacia la gestante, para la toma de decisiones que durante la atención al embarazo y el parto, afectarán a la salud de su hijo y a la suya propia.

7. e. Acompañamiento, Ingesta de Alimentos y Libertad de Movimiento:

El acompañamiento y la libertad de movimiento, durante el proceso de parto forma parte integral de la estrategia de humanización, como también la ingesta de líquidos y alimentos. Se presenta en este grafico las respuestas que las mujeres dieron en la encuesta.

Gráfico N°11:



1.7. e. Acompañamiento:

El acompañamiento de la mujer gestante tiene una influencia directa e inmediata sobre la salud psíquico-física de la mujer en trabajo de parto, considerándolo un factor que aumenta su bienestar y mejora los resultados del parto. La Ley de Parto Respetado promueve que la gestante elija libremente a la persona que la acompañe de forma continuada durante todo el proceso del parto, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo.

En el gráfico N°10 se observó que a 26 (veintiseis) mujeres se les permitió estar acompañadas el tiempo que se prolongó su trabajo de parto, de las mismas, 21 (veintiuno) mantuvieron a su acompañante durante el parto y alumbramiento. Sin embargo, a 6 (seis) no se les permitió contar con apoyo emocional durante el trabajo de parto y a 4 (cuatro) les sucedió lo mismo durante el parto/alumbramiento.

De la siguiente manera, las mujeres entrevistadas en el Centro de Salud, exponen sus experiencias en relación a si pudieron estar acompañadas durante el proceso de nacimiento de su hijo:

Entrevista N°1 - Cesarea por Inducción fallida

“...no, porque acá a los hombres no les permiten, porque se infectan, me di cuenta que como pasan de un lado para otro, una sola medica pasa que es la que te atiende al quirófano para que no se contamine...”

Entrevista N°2 - Cesarea a causa de Meconio

“... estuvo con nosotros, viendo nacer a su bebe...”

Entrevista N°4 - Cesarea Programada

“...no tuve trabajo de parto, fue programado y no me permitieron entrar con nadie por políticas del sanatorio...”

Entrevista N°7 - Parto Vaginal Intervenido

“...por el papà de mi hija y la doctora...”

Entrevista N°10 - Cesarea por Inducción fallida

“...si, con mi mamá...”

Del grafico y de los testimonios expuestos, se podría decir que el acompañamiento a la mujer de parto no está garantizado totalmente, principalmente cuando se trata de una cesarea como ya describimos precedentemente. En este sentido, se observa cierta discrecionalidad o arbitrariedad por parte de los Servicios o Guardias a la hora de hacer efectivo el cumplimiento de este derecho de la mujer y su familia.

Asi mismo, acompañar a una mujer que pare en una Institución no se puede improvisar, requiere estar bien preparado e informado. En tal sentido, y dado que la mujer no está en condiciones de negociar en ese momento, corresponde al acompañante actuar de “puente” entre la mujer y el equipo medico, y así evitar que se irrumpa el proceso fisiologico y se le impongan prácticas por protocolo. Paralelamente brindale seguridad, confianza, soporte físico y emocional para afrontar el proceso.

Sin embargo, como ya vimos precedentemente, muchas veces la mujer gestante padece las ansiedades e inseguridades de su acompañante cuando este es de su entorno familiar y afectivo, es decir, que las personas acompañantes también necesitan recibir apoyo y orientación para poder proporcionar una compañía adecuada. En consecuencia, lo optimo seria poder contar, ademas de la persona elegida por la gestante para tal fin,

con asistencia especializada, como puede ser una Doula³³, que proveera de sosten y apoyo emocional tanto a la mujer como a su acompañante .

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010) mujeres que reciben apoyo continuo y personal, durante el trabajo de parto tienen mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de:

- Recibir analgesia/anestesia regional
- Tener un parto vaginal instrumental
- Tener un parto por cesárea
- Informar insatisfacción con la experiencia de parto
- Duración algo menor del trabajo de parto

En síntesis, las gestantes que se encuentran en trabajo de parto necesitan especial atención en cada una de las fases, para tolerar el dolor, la ansiedad y el temor a complicaciones; por consiguiente, el apoyo de los profesionales de salud y de la persona que ella designe, disminuye cada una de estas emociones y sensaciones, y logran a su vez que estas culminen el trabajo de parto de manera confiable y segura (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2010)

2.7. e. Ingesta de Alimentos:

En cuanto a la consulta sobre si pudieron comer o beber durante el trabajo de parto, 21(veintiún) mujeres señalaron que no se les permitió. Esta restricción forma parte de los protocolos de atención al parto y se basa en la posibilidad de tener que practicar una anestesia general en caso de una cesárea de urgencia a la mujer, existiendo entonces riesgo de aspiración gástrica, es decir, que pase contenido del estómago a los pulmones.

Sin embargo, estos enunciados carecen de fundamentación científica. Paralelamente, en la actualidad se utiliza cada vez menos la anestesia general en estas intervenciones, en

³³ Una Doula es esa mujer que se pone al servicio de otra mujer que va a parir. La acompaña durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, o en alguno de estos momentos enfocándose en el aspecto emocional, en su bienestar general y en sus necesidades. Actualmente no hay una formación reglada y aunque en muchos países es algo habitual e incluso esté cubierto por la seguridad social, en Argentina la profesión no está oficialmente reconocida de momento. La Doula no recomienda, no aconseja ni interviene. Jamás juzgará la decisión de la mujer. La acompaña y apoya.

beneficio de las anestесias localizadas que mantienen a la mujer despierta. Así mismo, la OMS promueve el ofrecer líquidos por vía oral durante el parto (OMS, 2015), ya que limitar la ingesta de líquidos y sólidos afecta el bienestar de la mujer, que está cansada, soñolienta y quizás hambrienta luego de varias horas de trabajo de parto. Si lo que se intenta es mejorar el confort de la mujer y su satisfacción en el proceso de parto lo recomendable es permitir que la parturienta que así lo desee tome líquidos o ingiera alimentos durante el tiempo que dure el proceso de parto. En efecto, es otorgarle a las gestantes la capacidad de decidir si quieren o no beber o comer según sean sus sensaciones y/o necesidades.

Todas las mujeres entrevistadas en el Centro de Salud, enunciaron que no se les permitió ingerir nada durante el trabajo de parto, compartimos 2 de esas declaraciones:

Entrevista N° 7:

Entrevistante:

- “...*pudiste beber o comer durante el trabajo de parto?*...”

Mujer:

- “... *no, pero comí igual hasta que entre en la sala de parto, pero no me hizo nada...*”

Entrevista N°10:

Entrevistante:

- “...*pudiste beber o comer durante el trabajo de parto?*...”

Mujer:

- “... *no, no lo permitían...*”

En conclusión, ante una mujer cuya fase de dilatación sea de varias horas se le puede, y se le debería, ofrecer bebida y/o comida. La prohibición de comer durante el parto puede ir en detrimento de la madre y del estado del bebé, así como también puede ser entendida como una medida arbitraria, dado que no tiene fundamentos científicos que lo avalen.

3.7. e. Libertad de Movimiento:

Comúnmente se cree que las mujeres en trabajo de parto no tienen que moverse y deben estar acostadas boca arriba para parir, o en posición ginecológica. En realidad, no sólo puede

moverse, sino que debería hacerlo. En tal sentido la OMS recomienda “... *Se les debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto...*” (OMS, 1985; 1)

Como se puede ver en el Gráfico N°11, 15 (quince) mujeres enunciaron que no tuvieron la posibilidad de optar libremente como atravesar las contracciones del trabajo de parto, 10 (diez) respondieron de manera afirmativa, y 2 (dos) no lo recuerda, lo que podría dar a suponer que estuvieron recostada en la camilla.

En este sentido, a continuación los testimonios que recogimos en el centro de salud ante la pregunta: *tuviste libertad de movimiento para poder elegir la posición durante el trabajo de parto?*

Entrevista N°3:

“...no, lo que ellos me indicaban, siempre confiando en el profesional que me fue atendiendo...”

Entrevista N°5:

“...no, la posición natural en la camilla...”

Entrevista N°6:

“...no, estuve acostada...”

Entrevista N°7:

“...más o menos, no mucha...”

Entrevista N°8:

“..No, lo tuve como ellos quisieron...”

Entrevista N°9:

“...si, si, te ponen como mejor les queda, pero yo estaba re cómoda, me fue diciendo como vos estés cómoda, sentate, acóstate...”

Entrevista N°10:

“...sí, acá arriba en el quinto piso hay una habitación para cada una de las que entran en trabajo de parto...”

Entrevista N°11:

“...no, tuve elección pero no hubo problemas tampoco...”

Entrevista N°12:

“...no, nunca la elegí, ellos me dijeron como...”

Entrevista N°13:

“...sí, primero estuve parada y después tuve que acostarme porque si no lo iba a escupir en el suelo...”

¿Por qué inmovilizar a la mujer y obligarla a parir de esta forma? Encontramos dos motivos: porque en movimiento se dificulta la monitorización continua de la frecuencia cardiaca del bebé y porque es más trabajoso atender a las mujeres si éstas deambulan, que si están quietas.

El trabajo de parto y parto son dinámicos, es el movimiento lo que hace que se desarrolle con normalidad el proceso y no la posición en si lo que puede facilitarlo. Aun así, una posición favorable o desfavorable puede influir poderosamente, tanto en el dolor como en la facilidad o dificultad con la que progresa el parto. Una mujer con libertad de movimiento buscará su comodidad y elegirá siempre la mejor posición: aquella en la que sentirá menos dolor y en la que más fácilmente se va a encajar y va a nacer el bebé. Dificilmente escogerá colocarse boca arriba, con las piernas en alto y colgando, pues esta es la peor postura para el desarrollo del parto. Estos son los inconvenientes de la postura de Litomia³⁴:

- Dificulta la salida del bebé
- Mayor riesgo de sufrimiento fetal
- Incremento de episiotomías y daños en el periné
- Aumento de la incomodidad y del dolor, y por tanto de la necesidad y uso de la epidural

³⁴ Posición de litotomía "...una mujer acostada en decúbito dorsal con sus muslos y piernas flexionados y sostenidos por encima de ella..." (El Parto es Nuestro, 2011)

La utilización de esta práctica es una decisión que define un modelo de atención, el tecnocrático, que focaliza su mirada hacia la consagración de la mujer como "objeto" del trabajo médico. Priorizando el criterio de los profesionales que actúan con más comodidad si la parturienta esta acostada.

Sin embargo, Eva Giberti (1998) nos dice:

“...La historia del parir, que comienza antes que la obstetricia lograra salvar vidas de madres e hijos, ilustra su recorrido con mujeres que durante siglos eligieron sentarse o ponerse en cuclillas para pujar; negarse a reconocer esta evidencia no forma parte de los avances de la obstetricia...”³⁵

Las posturas convencionales -recostada y/o semisentada- cierran el canal de parto entre un 20 y un 30% lo que lleva a los médicos a la implementar prácticas como la episiotomía o la utilización de fórceps. Contrariamente, parir en posición vertical es lo más adecuado fisiológicamente, porque resulta más cómoda para la embarazada y agiliza el parto. Además, el periodo expulsivo es más corto y la madre sufre menos desgarros, conjuntamente la parturienta tiene más fuerza cuando está sentada, de rodillas o en cuclillas, al coordinar mejor la respiración con las contracciones. Al mismo tiempo que en posición vertical el peso del bebé recae directamente sobre el cuello de la matriz, de forma que acelera la dilatación al provocar contracciones más eficaces.

Así, cuando el parto se realiza en el sillón ginecológico o camilla, la mujer no dispone de control sobre lo que sucede, dado que su cuerpo se encuentra manipulado por los profesionales, no permitiéndole ver el nacimiento de su hijo. Y es en este sentido que Giberti (1989) reflexiona:

“...La ausencia de mirada sobre lo que sucede con su cuerpo y con él bebe la conduce a suponer que es el médico quien “hace el parto” y a sentir gratitud hacia él, cuando en realidad se trata exactamente de lo contrario. Si exceptuamos las patologías que pueden presentarse y que demandan la intervención profesional, la que “hace el parto” es la mujer; la maniobra del obstetra

³⁵ El parto Vertical <http://evagiberti.com/parto-vertical/#more-2216> consultado 15/11/2017

contribuye a girar; en algunos casos, la cabeza del bebe para facilitar la expulsión... ”³⁶

En síntesis, la libertad de movimiento es un factor que favorece el buen desarrollo del proceso en términos de salud integral, pero también responde a los derechos que posee la gestante.

f. Consideraciones Finales:

"...Si las mujeres supieran de la inmensa fuerza que habita en ellas, cambiarían el escenario del nacimiento..."
Gustavo Baccifava

Es interesante destacar cómo todos estos aspectos enunciados se relacionan entre sí, puesto que es la utilización de una serie de intervenciones innecesarias, en relación a la evidencia científica disponible, como puede ser no tener libertad de movimiento y estar confinada a una cama, puede terminar en lo que se denomina “cascada de intervenciones”, dado que una intervención hace necesario la utilización de otra intervención, y así sucesivamente. Lo cual transforma un parto que podría haber sido liderado por los tiempos y necesidades naturales de la parturienta en un parto intervenido y dirigido por el equipo de salud. De esta manera describe el proceso Gustavo Baccifava, Médico tocoginecólogo, jefe de Obstetricia de la Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña:

“... Hay un mensaje simbólico en las Instituciones. Es común observar que la mujer es “ingresada” en silla de ruedas o camilla a los hospitales; en éste caso el mensaje es: “usted es incapacitada físicamente”. Luego se le coloca una bata hospitalaria (uniforme): “Ud. es igual al resto”, se le acuesta en una cama y se la une al suero: “cordón umbilical” de la institución. En general se le prohíbe ingerir líquidos. Además no se le permite elegir libremente la posición en el proceso de parto. Luego se le gotea (muy frecuentemente) hormona sintética denominada oxitocina, y se le practica rotura de bolsa. Ante ésta cascada de intervenciones y prohibiciones la mujer experimenta un dolor insoportable, mucho más allá del provocado por las contracciones naturales por lo que lógicamente solicita “a gritos” anestesia; se le practica habitualmente anestesia peridural; procedimiento que requiere habitualmente mayor uso de oxitocina sintética y mayor

³⁶ El parto Vertical <http://evagiberti.com/parto-vertical/#more-2216> consultado 15/11/2017.

posibilidad de efectos adversos en el bebé (por hipotensión arterial materna y otras causas) y de parto instrumentado...” (Gustavo Baccifava, 2013)

Es en este marco que podemos identificar, a nuestro modo de ver, el desarrollo de los partos/nacimientos en nuestra ciudad, como un fiel exponente del paradigma tecnocrático, el cual se caracteriza por una utilización de intervenciones y medicalización de rutina injustificables, pero lo que es más alarmante, una negación total del derecho a elegir. Como ya se dijo, el trato puede ser amable y/o educado, la atención obstétrica eficiente y oportuna, pero si la parturienta y su familia no fueron informadas de manera adecuada y fehaciente, lo que le permite dar su consentimiento para las prácticas realizadas sobre ella o su hijo/a estamos ante una clara violación de la Ley 25.929.

Lo que es un gran avance en materia de derechos, como esta Ley, observamos como en el día a día su aplicabilidad no es garantizada quedando la misma al arbitrio de los profesionales de la salud, a veces por desconocimiento o cierta confusión en su interpretación, otras por no querer acatar la norma ante el temor de una demanda por mala praxis, aplicando la medicina defensiva.

Si bien en el ámbito local se vislumbran cambios, tanto en efectores públicos como privados, todavía falta mucho camino por recorrer, en post de mejorar las condiciones de las mujeres embarazadas al interior de los servicios de salud. Espacios que podemos caracterizar como reacios a los cambios, las modificaciones y los cuestionamientos que pongan en duda sus prácticas y conocimientos.

En este sentido, estamos en condiciones de afirmar que para que las instituciones de salud y sus profesionales empiecen a ocuparse de entender la fisiología del parto poniendo a la mujer embarazada y su familia como protagonistas del proceso, respetando sus necesidades, particularidades y subjetividades, será necesario, un cambio en el paradigma, y en esta batalla cultural creemos que el rol del Trabajo Social es fundamental.

Capítulo N°3: “Alumbramiento”

a. Trabajo Social y la Humanización del Parto

Dado que este trabajo final se enmarca en la carrera de Licenciatura en Trabajo Social, es pertinente poder realizar un enfoque distintivo de lo que la profesión viene desarrollando en cuanto al Parto Respetado.

Acorde a los tiempos actuales, las exigencias de las nuevas leyes y normativas vigentes descritas anteriormente con base en un enfoque de ampliación de derechos, entendemos el rol de los profesionales de la salud como primordial, entre ellos el del Trabajador/as Social, engranaje fundamental para poder llevar adelante un real cambio de paradigma en cuanto a las formas de parir y nacer.

En concordancia a la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072/2014 entendemos y conceptualizamos al Trabajo Social como:

“...una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social...” (Ley 27.072, art.4)

El proceso de ampliación de derechos e inclusión social, iniciado en el año 2003 en nuestro país, efectivizado por la sanción de nuevas legislaciones sociales en materia de salud mental, salud sexual y reproductiva, educación sexual integral, violencia de género, niñez y adolescencia, trata de personas, entre otras, han influido en el colectivo de los Trabajadore/as Sociales, enmarcando a los procesos de intervención profesional en un cambio de época, ya que han visto diversificarse las demandas y necesidades de los usuarios, implicando nuevos desafíos y responsabilidades para los/as Trabajadore/as Sociales.

Sin embargo, es notable la falta de producción de conocimientos teórico-metodológicos para aportar a la intervención profesional en el ámbito que nos encontramos analizando. Si bien las temáticas de Salud, Género, Violencias en relación a los Derechos Sexuales y

Reproductivos, ocupan un lugar importante, se visualiza una profundización en la problemática del aborto principalmente, observándose que los estudios, análisis y debates en torno a los derechos durante el parto y nacimiento recién están emergiendo. Creemos que esto se debe a que la vulneración de estos derechos al darse en un ámbito institucional, es poco visibilizado y se encuentra naturalizado tanto por el personal de salud, como por la comunidad, acaeciendo en un contexto donde la medicina tiene un poder superior ante el resto de las disciplinas, entre ellas el Trabajo Social. No obstante, esta escasa consolidación abre la puerta a oportunidades que pueden aprovecharse desde el Trabajo Social para realizar una reflexión crítica en cuanto al rol profesional que favorezca intervenciones que acompañen a las mujeres de manera eficaz.

Al igual que Ana Belén Castro (2014) entendemos que

“... la producción de conocimiento es una tarea colectiva, que debe ser asumida por cada uno individualmente, donde no hay práctica que funcione sin teoría, donde no hay un solo marco teórico presente sino varios más o menos congruentes entre sí, “la teoría no viene antes o después de la práctica, sino que está adentro, en su seno...” (Castro, 2014; 2)

Así mismo, acordamos con la autora cuando plantea que el poder reconocer las tensiones que se presentan en los procesos de aprendizaje sobre la intervención y la investigación en nuestra formación académica, son fundamentales para la construcción disciplinar del trabajo social, es así que este será el encuadre del análisis en el presente apartado. Creemos que reflexionar sobre las estrategias de intervención es pensar en procesos de investigación que brinden luz a la construcción de renovados marcos teóricos – metodológicos, que a su vez servirán como aporte para la construcción disciplinar.

En este sentido, Bonicatto (2010) nos plantea que lo que para otros científicos sociales o en mi caso, una estudiante, es un tesoro a alcanzar, con dificultades de acceso, con un recorrido inmerso de permisos, acercamientos, etc. para el/la Trabajado/ra Social en situación de ejercicio profesional, se presenta como el espacio que permite la generación del insumo base para la reflexión sobre su intervención, pata fundamental

para la construcción de marcos teóricos – metodológicos. Desde lo anterior expuesto, consideramos que el producir insumos sobre un conocimiento situado, que nos da la posibilidad de definir una estrategia de intervención, es el resultado de poder captar lo complejo de la trama en tiempo real. En tal sentido, creemos que sería interesante, y a la vez muy provecho, generar espacios de reflexión, capacitación, actualización y supervisión³⁷ sobre la práctica que desarrollan los profesionales insertos en maternidades o en efectores que cuenten con maternidades, buscando evitar la naturalización de la tarea, construyendo una alternativa de acompañamiento o de cambio desde el ejercicio profesional.

La Trabajadora Social de la Maternidad nos relata de la siguiente manera como se desarrollan sus intervenciones:

“...En realidad nosotros no participamos de lo que es el proceso de admisión, ni tampoco trabajamos en la guardia obstétrica, nuestra intervención empezaría, en todo lo que es el sector de internación o el sector de Neonatología. Quizás, puede a veces ocurrir que, cuando hay patologías crónicas en las madres nos contactemos, pero nuestro vínculo con la paciente esta, en el momento que pasa a la sala de internación o cuando él bebe por diferentes motivos tiene que ser derivado a la neo, y ahí nosotros tomamos contacto con las madres o con el grupo familiar y hacemos todo el acompañamiento en relación más que nada a la problemática que se presenta en este vínculo madre e hijo, mas focalizado en la cuestión del niño...” (Trabajadora Social Maternidad)

Y prosigue de la siguiente manera:

“... Nosotros estaríamos acompañando a las familias, en todas las cuestiones, las necesidades que se presenten en relación al problema de salud, que le compete de alguna manera a la maternidad, darle una respuesta y ver la posibilidad de resolución de esa dificultad, pero además como los problemas de salud no son puros, están atravesados por cuestiones sociales, económicas,

³⁷ “La supervisión es el análisis de la práctica profesional que realizan los trabajadores de ámbitos psicosociales. Es un trabajo sobre el trabajo que se sitúa en la interfaz entre el aprendizaje, la formación, la educación y el apoyo en una organización o institución. En la intervención social,..., es un proceso y una relación que tiene como objetivo revisar el trabajo profesional y los sentimientos que acompañan la actividad. También ayuda a contrastar los marcos teóricos y conceptuales con la praxis cotidiana.” (Puig Cruells, 2015; 49).

culturales, hacemos ese acompañamiento...” (Trabajadora Social Maternidad)

Durante la entrevista que hemos realizado a la trabajadora social, constatamos que posee conocimientos en cuanto a la Ley de Parto Respetado y los derechos que esta y otras normativas le confieren a la mujer y su familia en proceso de parto, no obstante, se observa que no se dan intervenciones en cuanto a la promoción o efectivización de estos derechos. El Trabajo Social no ingresa a la sala de parto, territorio exclusivo de la medicina. Como si lo que ocurre dentro de la de la misma, y posicionándonos desde un enfoque de derechos, no fuera materia de prácticas o intervenciones, promoción de derechos, fortalecimiento, empoderamiento de la mujer y su familia.

Resaltamos el hecho de que a Ley de Humanización del Parto se focaliza principalmente en los derechos que poseen las mujeres precisamente en la sala de partos. Entendemos que los procesos de intervención descritos se desarrollan en el marco de la vida cotidiana de las mujeres puérperas y sus familias, pero con el “mandato” de abordar sólo aquellas cuestiones que la institución reconoce como legítimas y susceptibles de intervención (Mallardi, 2017).

Es evidente entonces que se plantea un desafío para el colectivo profesional, en tal sentido, repensar el ejercicio profesional en pos de lograr disputar aquellos espacios que el paradigma médico-hegemónico controla, superando el lugar de subalternidad asignado, que nos lleva a prácticas fragmentadas, repeticiones irreflexivas, inmediatez y actuaciones auxiliares y de esta manera, aportar en la construcción de prácticas contra-hegemónicas llevadas adelante por un Trabajo Social Integral, pero fundamentalmente crítico en lo concerniente al embarazo, parto y puerperio.

Dada la génesis de nuestra profesión se observa aun, la permanencia de posturas por parte de profesionales de la salud, en este caso, obstetras, que consideran a lo/as Trabajadore/as Sociales como auxiliares, esperando que cotidianamente respondan a sus exigencias e indicaciones o demandas, debiéndose en la práctica diaria renegociar las implicancias del rol asignado. De esta manera lo expresa la Trabajadora Social de la Maternidad “...la medicina tiene una historia, como profesión, donde lo hegemónico está muy consolidado y a veces es muy difícil romper con eso, cuesta más...”

En este orden de ideas, es pertinente retomar la noción de “autonomía relativa”, en cuanto al poder de desarrollar la práctica y el rol profesional sin control e indicación de superiores y otros profesionales, destacándose como repercute el hecho de que los funcionarios se encuentren presentes en este caso, el efector, como causa coyuntural que influye en la autonomía relativa (Mallardi, 2017). En este sentido, es la Institución la que posibilita o limita a que los usuarios de los efectores de salud accedan a los servicios del/la Trabajador/ra Social, es la que establece prioridades, roles y funciones que componen el cotidiano de la práctica profesional, por lo tanto, la institución no es un condicionante más del desempeño del/la Trabajador/ra Social, sino que interviene como organizador de ese espacio (Iamamoto, 2003).

“... Son decisiones, de todo el recurso profesional de la maternidad, en la cual también intervienen los directores, el cómo se implementar la ley, cosa que nos involucra a todos, pero quienes tienen mayor protagonismo, obviamente son los equipos de obstetricia, neonatología y enfermería y la familia, porque ellos son los que están ahí participando desde el inicio...” (Trabajadora Social Maternidad Martin)

Como consecuencia de esto, la intervención profesional jamás se define de manera unidireccional por parte del/la Trabajador/ra Social, El Profesional, para poder orientar su práctica de manera estratégica, debe identificar intereses y objetivos, necesidades y posicionamientos ideológicos de los distintos actores que coexisten en su espacio profesional, y en tal sentido hacer una reconstrucción de los mismos, para asegurar de esta manera mayor viabilidad a sus intervenciones. Por tanto, es necesario entender a la intervención profesional como síntesis de múltiples determinantes objetivos y subjetivos, ideológicos y políticos, en una sociedad contradictoria, conflictiva y desigual (Mallardi, 2017).

Cabe decir que todo proceso de intervención se encuentra atravesado por valores que fundamentan a la misma y la materializan en prácticas concretas. Estos valores no son una definición propia del Trabajo Social, sino visiones sobre el mundo, la sociedad, el individuo, la justicia, los derechos, la desigualdad, etc., los cuales, son incorporados en los objetivos profesionales y dan cuenta de la ética profesional. Es así que, para

entender las características de la finalidad en el Trabajo Social es preciso reconstruir el espacio contradictorio en donde su práctica se inserta (Mallardi 2017).

“...También nosotros tenemos toda una formación tiene que ver con lo que cada uno piensa, y entiende que es el mundo, la vida, porque nosotros también tenemos una formación desde la perspectiva de los derechos, no te garantiza que todos seamos abiertos a la hora de intervenir, no sé si sería la palabra correcta, pero progresistas a la hora del proceso de intervención. Podemos ser una Mery Richmond también y estar formados desde una perspectiva más humanística de derechos pero a lo mejor vos entendés por tu posicionamiento político que el proceso implica esto y también implica cierta rigidez, no quiere decir que porque estemos dentro de las ciencias sociales, seamos amplios, progresistas, revolucionarios, todo depende desde uno se pare, desde la cosmovisión, desde el posicionamiento político....”
(Trabajadora Social Maternidad)

En síntesis, Mallardi nos dice que:

“...los valores que sustentan la práctica profesional no son neutros, abstractos y a-históricos, sino que se encuentran situados en el seno de las contradicciones sociales, con lo cual al definir la finalidad de los procesos de intervención inherentemente se refuerzan determinadas relaciones sociales...” (Mallardi, 2017; 100)

En este orden de ideas, son interesantes las nociones de Cazzaniga:

“... los principios y valores por más elevados que sean si no se traducen en la práctica misma, si no se hacen “cuerpo” quedan como enunciados formales, y lo formal como mera forma está, por definición, vacía de contenido de allí la importancia de entender a la ética como reflexión, como dimensión intersubjetiva que se pone en acto en la praxis...” (Cazzaniga, 2006; 222)

Acordamos con esta autora, cuando expresa que es en la intersección entre lo universal y lo particular, que se configuran las intervenciones profesionales, expresándose como singularidad. Lo universal es la dirección política de toda intervención, se expresa en

un “*deber ser*”, dando cuenta de presupuestos ideológicos y éticos más generales, categorías teóricas y expectativas. Lo particular, es “el aquí y ahora” sociales en que se manifiesta la demanda, se trata de lo que “*hace ser*”, lo que condiciona el espacio cotidiano y comprende a la institución, la cultura institucional, las problemáticas sociales que son motivo de la atención institucional, nuestras propias condiciones como trabajadores, el modo en que llegan, o no, los sujetos a la misma. El cruce único e irrepetible, de aquello más general con lo particular, expresado en el encuentro entre trabajador social y los sujetos, constituye lo singular, y allí la intervención se manifiesta en un “*es*”.

“...Es en ese acto donde se despliega con toda la fuerza la “eficacia” ideológica de la intervención, contribuyendo a reforzar las dependencias y tutelajes o a aportar a la construcción de sujetos de derechos con pretensión emancipatoria...” (Cazzaniga 2006; 225)

Se pudo observar a lo largo de la entrevista que el ejercicio profesional cotidiano, responde a la función social hegemónica demandada a la profesión históricamente, reproduciendo paralelamente al interior de la Maternidad, las desigualdades de género propias de la sociedad contemporánea, que se expresan según Mallardi:

“...en la tensión entre el rol profesional y la ideología de la domesticidad, donde las expectativas de la organización con respecto a la mujer-profesional asistente social son extensiones del rol de mujer-ama de casa-madre, pues “se valora positivamente a aquella mujer que con ‘firmeza de carácter’ e ‘indulgencia’ al mismo tiempo, satisface el rol predeterminado socialmente: atender los avatares que cotidianamente le impone la vida...” (Mallardi, 2017; 94)

En referencia a las consideraciones anteriores, nos parece fundamental destacar el hecho de la importancia en cuanto a reflexionar, desnaturalizar, problematizar el mandato de la maternidad obligatoria o compulsiva, que niega el derecho al colectivo de mujeres³⁸ a decidir sobre su propio cuerpo, a elegir desde el deseo, si es que queremos contribuir,

³⁸ Uno de los aportes del feminismo de la “tercera ola” fue cuestionar la supuesta homogeneidad que aglutinaba a “las mujeres”, al evidenciar los atravesamientos de raza, clase, orientación sexual, etc. y en reconocer relaciones de dominación entre las propias mujeres. (Riveiro, 2017; 301).

desde nuestra profesión a una sociedad que aspire a la libertad, emancipación y el respeto por la autodeterminación de “los sujetos y sus cuerpos” (Riveiro, 2017).

Entendemos que el Trabajo Social tiene una oportunidad, como ya dijimos, para elaborar estrategias de intervención basadas en un compromiso ético/político, que desde un enfoque de derechos acompañen a el colectivo mujeres de manera efectiva durante sus partos a través del empoderamiento de las mismas.

Acordamos con Cazzaniga (2006) en que toda intervención es política, y se encuentra vinculada a la ética, dado que toda acción política conlleva determinados valores, por lo que la ética se desplaza a esa acción política :

“...Toda intervención en lo social en tanto pretende algún tipo de transformación presenta su costado político ya que se realiza desde un imaginario de “cómo debe concebirse un orden social”, aún sin que esto sea explicitado, o más aún aunque sea directamente negado en los discursos...” (Cazzaniga, 2006; 215)

Es en “el cara a cara” con los sujetos de la intervención profesional lo que nos remite a el compromiso tomado, mediado por la reflexión crítica, en generar rupturas con lo instituido por el paradigma médico-hegemónico, desde la palabra y la acción.

1. a. Propuestas de Trabajo:

“Si puedes controlar la información, puede controlar a la gente.”

Tom Clancy

Creemos que uno de los pilares principales para poder llevar adelante un cambio en el modelo de atención al parto y nacimiento, es el empoderamiento del colectivo de mujeres principalmente, sus familias y la comunidad mediante el acceso a la información.

Entendemos que el concepto de empoderamiento apunta a un proceso de toma de conciencia individual y colectiva de las mujeres, que les permita aumentar su participación en los

procesos de toma de decisiones y de acceso al ejercicio del poder y a la capacidad de influir en el cambio social.

De esta manera lo expone Magdalena León (2000):

“...los procesos de empoderamiento son, para las mujeres, un desafío a la ideología patriarcal con miras a transformar las estructuras que refuerzan la discriminación de género y la desigualdad social. El empoderamiento, por lo tanto, se entiende como un proceso de superación de la desigualdad de género. Se busca que las mujeres reconozcan que hay una ideología que legitima la dominación masculina y que entiendan que esta ideología perpetúa la discriminación. Si la subordinación ha sido vista por la ideología patriarcal como natural, es difícil que el cambio parta espontáneamente de la condición de subordinación. En este sentido, el empoderamiento es inducido y de allí la importancia de crear conciencia de la discriminación de género. Ello significa que las mujeres modifiquen la imagen de sí mismas y las creencias sobre sus derechos y capacidades y desafíen los sentimientos de inferioridad. Facilitar las condiciones que permitan o induzcan estos cambios es el papel de los agentes externos...” [...] “...Debido a que el empoderamiento tiene significados diferentes en cada escenario y es diferente para cada individuo o grupo, se requiere una buena dosis de exploración empírica de los detalles prácticos del empoderamiento. Una mayor preocupación por la investigación y la sistematización de experiencias es parte de la agenda para aumentar el potencial del empoderamiento como herramienta de análisis y como instrumento de cambio....” (León, 2000; 13)

En tal sentido, entendemos que esta noción de empoderamiento iría de la mano con el derecho a la información, es decir, que un efectivo empoderamiento de las usuarias de los servicios de salud en relación al parto, se cumpliría si estas recibieran información clara y precisa, como lo señala la Ley N°25.929, durante todo su embarazo, generando desde los distintos niveles de atención, estrategias conjuntas y a la construcción de prácticas compartidas direccionadas en un mismo sentido, apostando a un abordaje integral.

Debido a esto último, en una primera instancia, sería interesante generar espacios multidisciplinarios tanto en los distintos Centros de Salud Municipales como Provinciales, como así también en las Maternidades, sumando la participación de organizaciones de la sociedad civil que se encuentran trabajando en pos de humanizar

el parto. En donde se aborden los derechos de la mujer gestante, su hijo/a y su familia, pero también sus necesidades y deseos particulares. Es así que, Carballada (2007) enuncia:

“Se es sujeto de derecho, pero también sujeto deseante. Este reconocimiento desde el imaginario social y desde la propia subjetividad, genera demandas relacionadas con derechos subjetivos que no estaban inscriptos en los sistemas clásicos de prestación e intervención. Estas transformaciones, llevan momentáneamente a precarias búsquedas de abordajes de tipo transversal, que conviven con las lógicas institucionales de los problemas que siguen siendo afrontados por separado o por sector.” (Carballada, 2007: 12)

Es primordial llevar adelante prácticas profesionales desde los 3 niveles de salud, que trascienda el consultorio médico, generar espacios con diversas modalidades que tengan a la gestante como protagonista, que se las contenga desde la escucha y la mirada, es decir, abordajes integrales del embarazo y el parto. Que rompan con el monopolio de la medicina sobre la maternidad, teniendo como objetivo principal, el empoderamiento del colectivo de mujeres embarazadas, y en sentido es fundamental la participación del Trabajo Social. En lo que refiere a la integralidad de estos espacios, sería relevante incorporar la figura de la Doula o la Puericultora, así mismo, recuperar la disciplina de la Partería, como en otras ciudades de nuestro país.

De igual forma, el Trabajo Social también debe tomar como eje de su ejercicio profesional no solo la promoción y efectivización de los derechos de las mujeres embarazadas, sino también debe colaborar en la visibilización y concientización de la realidad que describimos. Como así mismo brindar asesoramiento, acompañamiento, en las confecciones de Planes de Parto para aquellas familias que lo soliciten o en casos o situaciones de violencia obstétrica, es decir, conformar una consejería interdisciplinar con participación de actores de los movimientos que hace de este reclamo su bandera.

En síntesis, el rol del Trabajo Social creemos, debe ir más allá de lo asistencial, trascenderlo, hacia una lectura institucional que genere el inicio de la apertura de espacios donde pudieran pensarse, interpelarse y reflexionar las dificultades u obstáculos de la atención a los procesos de parto y nacimiento.

Conclusiones:

A lo largo de esta tesina, hemos analizado la política de humanización del parto y el efectivo cumplimiento de la Ley 25.929 en la Maternidad Martín desde distintas aristas. En tal sentido podemos decir, nos encontramos ante una ley sencilla, sin muchos términos complejos ni vericuetos legales. Sin embargo existe una brecha entre los derechos que consagra la ley a la mujer gestante y la práctica concreta de la asistencia a los partos, el contrapunto es evidente, y emerge en diversas líneas alrededor de las prácticas, las percepciones y valoraciones de los profesionales. Resaltamos que este fenómeno no solo ocurre en la salud pública, sino que también en instituciones privadas de la ciudad, como pudimos observar a través de la encuesta online que efectuamos.

De acuerdo con el recorrido que hemos realizado, creemos que la Argentina es un país pionero en cuanto al marco legal del tema que nos convoca. Mediante el desarrollo del marco legal hemos podido observar que nuestras leyes son innovadoras en el resguardo y promoción de los derechos humanos de la ciudadanía. Se podría decir, que gozamos de un privilegio casi único a nivel regional y mundial. No obstante, no escapamos al sistema socio-cultural del cual formamos parte, con lo cual, este compendio legal extraordinario queda oculto, invisible a la gran mayoría de la población. A nuestro juicio es evidente que estamos ante un modelo de atención perinatal hegemónico en crisis que no cuenta con respaldo científico, aunque sí con una base socio-cultural que lo avala y reproduce.

Los resultados de la investigación mostraron que aunque la Ley de Parto Respetado define precisa y claramente cómo deben actuar los profesionales para garantizar un parto donde la mujer sea la protagonista, su implementación depende de muchos factores, incluyendo la interpretación y opinión del profesional médico.

Tal como se ha visto a lo largo de este ejercicio, el efectivo cumplimiento de la ley por parte de los efectores de salud y principalmente por quienes instrumentan día a día la política de humanización de los partos y nacimientos, no pasa sólo por una enumeración de prácticas, el no realizar episiotomías, reducir la colocación de oxitocina o que la parturienta se encuentre acompañada, sino por poder evaluar qué

necesita cada mujer y su familia en ese momento, transmitirles toda la información que requieren, y en tal sentido, *permitirles decidir* sobre el proceso que están atravesando. Es así que a nuestro juicio, entendemos que la vulneración de derechos más extendida, sistemática y legitimada que atraviesa a la mujer se manifiesta en cuestiones referidas al respeto de su autonomía, un hecho que entendemos se relaciona directamente con la condición de ser mujer dentro de un sistema patriarcal. Por lo tanto, alarma la cascada de intervenciones, prácticas y medicalización innecesaria, no obstante, es aún más preocupante la negación total del derecho a elegir sobre el propio cuerpo. Entonces, observamos se da una relación directa, entre información y autonomía, y es así que resaltamos la responsabilidad ética de los profesionales de la salud en brindar a la gestante y su familia, información completa, verdadera, adecuada y oportuna, reforzando dicha relación.

Consideramos que en la actualidad, más que en ningún otro momento de los históricos que describimos, es absolutamente necesario un cambio de paradigma en los equipos profesionales que acompañan procesos de embarazo y parto, pero fundamentalmente en la sociedad civil. Que permita ver al parto como una experiencia física y emocional, resaltando el concepto de “*persona sana*”, que debe ser vivido en armonía y equilibrio y no como un mero acto médico.

Hoy contamos con un marco legal que avala este cambio, y fue gracias a organizaciones de la sociedad civil, movimientos sociales, entre ellos feministas, y otros actores, que a lo largo de la historia, interpelaron y cuestionaron las prácticas basadas en el paradigma tecnocrático de atención a la salud. Sabiendo interpretar, pero fundamentalmente hacer visibles violencias históricas, naturalizadas e institucionalizadas, construyendo sentidos que luego se plasmaron en la Ley Nacional específica sobre el respeto a los procesos fisiológicos y emocionales que atraviesan un proceso de parto, en un intento por devolver el protagonismo a la mujer y su familia.

Al mismo tiempo sería conveniente poder crear desde el Estado Nacional, organismos o entidades que posean la facultad de controlar y fundamentalmente sancionar a los efectores de salud que incurran en violencia obstétrica.

Podemos dar cuenta, que dentro del mismo sistema de salud coexisten formas diferenciadas de atención y con ello se introducen modificaciones que repercutirán en un sentido

favorable, tanto en los procesos relacionales medico/paciente, como en las prácticas e intervenciones, y es gracias a las reivindicaciones de las propias mujeres estos procesos. Esta tendencia, si bien en la Maternidad Martín es minoritaria y aislada, creemos que es beneficiosa el proceso.

Por lo tanto, pensamos que es posible y necesario, se implementen prácticas desde un enfoque de derechos, en efectores públicos, como se están dando por ejemplo en la Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña³⁹ en nuestra ciudad, o la Maternidad Estela de Carlotto⁴⁰ en el partido de Moreno, dos experiencias inclusivas y contraculturales que garantiza el derecho al parto respetado y el acceso gratuito al mismo.

Es un desafío necesario el replantear estructuras de funcionamiento de trabajo conjunto entre Obstetricia, Neonatología, Enfermería, Trabajo Social y Salud Mental. Generar nuevos protocolos con perspectiva de género y de derechos, que tengan como objetivo un modo holístico de atención a la salud durante el parto, parto y posparto, nuevas lógicas de trabajo conjunto, nuevos espacios de atención propiciando la intimidad, autonomía y autodeterminación de cada mujer gestante. Sobre la base de esto, es urgente la puesta en marcha y aplicación de la Ordenanza Municipal N° 9403, sancionada en 2015 que creó el Programa de Formación y Concientización del Parto y Nacimiento Respetados, que apunta a que la violencia obstétrica, la otra cara de la humanización del parto, no se naturalice y que el cambio se aborde desde los equipos médicos, que deberían capacitarse en tal sentido. Dado que, como se puede observar en el análisis de las entrevistas, carecen de conocimientos suficientes sobre la normativa vigente, y lo que es más grave, no poseen información actualizada basada en evidencia científica.

³⁹ "...Los profesionales del Roque Sáenz Peña plantean que la mujer embarazada "no es una paciente ni está enferma", sino que atraviesa un proceso fisiológico que requiere tiempos y cuidados especiales. Intentan desmentir así la idea de que forman parte de un mecanismo de "producción en serie..." "...Los profesionales del Roque Sáenz Peña plantean que la mujer embarazada "no es una paciente ni está enferma", sino que atraviesa un proceso fisiológico que requiere tiempos y cuidados especiales. Intentan desmentir así la idea de que forman parte de un mecanismo de "producción en serie..." https://www.clarin.com/sociedad/receta-hospital-rosario-cesareas-mitad_0_Sk9yC8aKb.html consultado el 27/11/2017.

⁴⁰ "...haber podido transitar todo este proceso en la maternidad hizo que yo tenga que desaprender un montón de prácticas y de conductas que venía haciendo en otro hospital y en privados, para poder ofrecer este tipo de nacimiento y de acompañamiento..." <http://www.telam.com.ar/notas/201601/134612-maternidad-carlotto-moreno-parto-respetado-partera.html> Consultado el 27/11/2017 consultado el 27/11/2017.

Es un hecho que la implementación del modelo de atención del parto respetado reduciría notablemente costos que hoy invierte la municipalidad en esta área: días de internación, hormonas sintéticas, miles de agujas de sutura, miles de episiotomías que no debieran realizarse, cesáreas etc. En tal sentido, si bien la infraestructura puede ser una limitante, como argumentaron la mayoría de las profesionales, no creemos que sea una barrera restrictiva a la hora de respetar derechos como también pudimos observar.

Creemos importante recordar que los equipos sanitarios de atención al parto que ejercen en la salud pública, no solo tienen responsabilidades desde un enfoque de derechos, en cuanto a la promoción y efectivización de los mismos, sino que también tiene obligaciones y deberes en tal sentido, como funcionarios públicos que son.

En síntesis, no solo el Estado debe ser garante y contralor del fiel cumplimiento de las leyes, sino que todos los actores que lo conforman tienen la responsabilidad como funcionarios públicos de velar continuamente por su cumplimiento y actuar siempre dentro de la legislación vigente, más aún cuando ejercen prácticas profesionales desde un ámbito tan sensible como lo es el de la salud.

En las transformaciones necesarias para este cambio cultural - la vivencia plena del derecho a parir en libertad - es mucho lo que se puede hacer desde la Universidad, en el aula, en la investigación y en el trabajo con las organizaciones de la sociedad civil. Esto comprometería a los profesionales que ejercen sus prácticas en el campo de salud, a desarrollar acciones de difusión, información, capacitación, concientización y a promover articulaciones con otros actores de los servicios públicos de salud en pos de los derechos de las mujeres y los/as niños/as en el momento del parto y nacimiento.

Por su parte, sería interesante desde la Escuela de Trabajo Social, al igual que desde el Colegio de Profesionales, generen instancias de reflexión y difusión, con representantes de otras instituciones y colectivos sociales en relación al tema del acceso al derecho a un parto respetado. Y en este sentido, por ejemplo, adherir a la Semana del Parto Respetado que se realiza todos los años.

Creemos, es necesario, y responsabilidad del Estado, a través de sus trabajadores, llenar de contenido ético, político e ideológico frases como “ser protagonista de su parto”, “empoderar a la mujer” tal como lo establece la ley y garantizar en tal sentido la

soberanía total del colectivo de mujeres, tanto sobre el proceso que está atravesando, como por su propio cuerpo y por el bienestar de su hijo/a. Se trata entonces, de un proceso profundo de sensibilización, difusión y formación, no sólo dirigida a los efectores de salud, sino a la población en general, ya que como expusimos, se trata ante todo de un problema de índole cultural.

Es así que como ciudadanos debemos apropiarnos de nuestros derechos, ya que aunque tenemos la legislación que nos ampara y protege, su pleno ejercicio no se garantiza. Es fundamental la participación de las mujeres, y la comunidad toda, en reflexionar sobre su salud sexual y reproductiva, siendo esta una cuestión de ejercicio de ciudadanía y derechos humanos en su más amplia magnitud.

Referencias Bibliográficas

ALMA, A. y LORENZO P.2009. *"MUJERES QUE SE ENCUENTRAN. Una recuperación histórica de los Encuentros Nacionales de Mujeres en Argentina (1986-2005)"*. Feminaria Editora. Buenos Aires.

BELLO, M.2011. *"Sistema de Salud de Argentina"*. Universidad del Caribe. México.

BONICATTO, M. 2010. *"La escena de lo social. El lugar donde se procesan los problemas"*. Escenarios N°15. Buenos Aires.

CARBALLEDA, A. J. 2016. *"El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social"*. Revista Margen N°82.

CARBALLEDA, A. J. 2012. *"La Intervención en lo Social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales"*. Paidós. Buenos Aires.

CASTRILLO, B. 2016. *"De partos y derechos en el camino hacia la humanización"*. VIII Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace.

CASTRILLO, B. 2015. *"Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata"*. XI Jornadas de Sociología.

CASTRILLO, M. 2015. *"Parir en casa, parir en el hospital: Algunas dimensiones para el análisis de los lugares del parto"*. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE) de la Universidad Nacional de La Plata. Gestionado por Bibhuma, biblioteca de la FaHCE.

CASTRO, A. 2014. *"Producción de conocimiento desde el Trabajo Social y la definición de estrategias de intervención profesional: líneas teóricas, epistemológicas y metodológicas"*. Revista Margen N°75.

CAZZANIGA, S. 2006. *"Reflexiones sobre la Ideología, la Ética y la Política en Trabajo Social"*. Documento presentado para la discusión en la reunión de Mesa Nacional de la FAAPSS en Posadas, Misiones, Argentina.

DAVIS-FLOYD, R.2001. *"Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto"*. Ponencia.

DAVIS-FLOYD, R. 2009. *"Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano"*, 1ª ed., Buenos Aires, Creavida.

DECRETO Nacional Reglamentario N° 1089/2012. Ley Nacional N° 26.742. *"De derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud"*.

DECRETO Nacional Reglamentario N° 2035/2015. Ley Nacional N° 25.929. “*De Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento*”.

ESCUADERO, E.; Royo, R.; SILVESTRE, M. (eds.) 2014. “*El empoderamiento de las mujeres como estrategia de intervención social*”. Publicaciones de la Universidad de Deusto. Apartado 1 - E48080 Bilbao.

FELITTI, K. 2011. “*NUEVAS FORMAS DE ATENCIÓN DEL PARTO EN LA ARGENTINA DE LOS AÑOS SESENTA Y SETENTA: DEBATES Y EXPERIENCIAS*”. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

FELITTI, K. 2009. “*Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina (1970-1986)*”. Universidad de Buenos Aires.

GUIA para la Atención al Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia.2010. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud. Argentina. 4ta. Edición.

GUIA de Procedimientos en Obstetricia Basados en la evidencia.2009.Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito III. Tercera Edición.

GUIA de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1º Edición.

HOLLIDAY; O. 2009. “*LA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS Y LAS CORRIENTES INNOVADORAS DEL PENSAMIENTO LATINOAMERICANO–UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA*”. DIÁLOGO DE SABERES N° 3.

IAMAMOTO, M. 2003. “*El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional*”. Cortez editora. San Pablo.

LAGARDE. M. 2009. “*La política feminista de la sororidad. Feminismo – Reflexiones*”. Mujeres en Red. El periódico feminista.

LEHNER, M. 2012. “*Partos en la primera mitad del siglo XX. De las redes informales a la medicalización*”. En Kornblit, Camarotti y Wald (compiladoras). Salud, sociedad y derechos, Buenos Aires. Teseo.

LEY Nacional N° 17.132/1967. “*Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas*”.

LEY Nacional N° 25.929/2004. “*De Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento*”.

LEY Nacional N° 26.4851/2009. “*De Protección Integral a las Mujeres*”.

LEY Nacional N° 26.742/2012. *“De derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud”*.

LEY Provincial N° 12.4431/2005. *“De Acompañamiento en el Parto”*.

LEÓN, Magdalena. 2000. “Empoderamiento: Relaciones de las mujeres con el poder”. Revista Estudios Feministas N°8.

MALLARDI, M. 2017. *“La intervención en Trabajo Social: mediaciones entre las estrategias y elementos táctico-operativos en el ejercicio profesional”* en Mallardi, Manuel W. (Comp.) “Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico”. Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. PP 79-192.

MINISTERIO de Salud. 2011. Presidencia de La Nación. Unicef. *“Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] CONCEPTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO”*. Primera Edición. Argentina.

MUNICIPALIDAD de Rosario.2015. *“Anuario de Población y Estadísticas Vitales 2015”*. Ciudad de Rosario. Dirección General de Estadística. Secretaría General”.

OBSERVATORIO de Violencia Obstétrica.2015. OVO (ARG). Lascasildas. 2º Versión. Argentina.

ODENT, M. 2008. *“Ecología Prenatal”*. 1ª edición. Buenos Aires, Creavida,

ODENT, M. 2012. *“La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad. Textos escogidos de Michel Odent”*. 3ª edición. Editorial Ob Stare.

ODENT, M. 2011. *“Él bebe es un mamífero”*. 1ª edición. Editorial Madreselva.

OMS.1985. *“¡EL NACIMIENTO NO ES ENFERMEDAD! 16 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud”*.

OMS. 2001. *“Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto”*.

OMS.1985. *“Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto”*.

OMS.2015. *“Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto”*. Traducido al español, revisado y editado por el Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR de la OPS/OMS.

OMS.2014. *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*.

ORDENANZA Municipal N° 8.333/2008. Sobre el establecimiento con carácter permanente de la *“Semana del Parto Respetado”* en la Ciudad de Rosario.

ORDENANZA Municipal N° 8.982/2012. Sobre la creación del registro de violencia hacia las mujeres y que identifica la violencia obstétrica como una modalidad de violencia contra la mujer.

ORDENANZA Municipal N° 9.403/2015. Sobre la creación del *"Programa de Formación y Concientización sobre el Parto y Nacimiento Respetado"*.

PUIG CRUELLS, C. 2016. *"La supervisión en la acción social. Una oportunidad para el bienestar de los profesionales"*. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. 1.ª Edición.

RIVEIRO, L. 2017. *"Aportes de la teoría feminista para pensar el ejercicio profesional"* en Mallardi, M. (Comp.) "Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico". Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. PP 291-312.

UNICEF. 2013. Annual Report 2013 - Argentina.

Fuentes y/o Documentos Tomados de Internet:

"El nacimiento como un evento sagrado" disponible en <http://feminaactivista.tumblr.com/post/78782853909/el-nacimiento-como-un-evento-sagrado> consultado el 03/07/2017

El Parto es Nuestro. "La importancia del entorno." disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/la-importancia-del-entorno> consultado el 16/11/2017

El Parto es Nuestro. "La epidural no es inocua" disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2012/09/05/la-epidural-no-es-inocua> Consultado el 08/11/2017

El Parto es Nuestro. "Monitorización (ext/int, (dis)continua, etc.)" disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/monitorizacion-extint-discontinua-etc> Consultado el 08/11/2017.

El Parto es Nuestro. "Semanas 41 y 42" disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/semanas-41-y-42> Consultado el 08/11/2017.

El Parto es Nuestro. “Administración de oxitocina sintética” disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/administracion-de-oxitocina-sintetica> Consultado el 08/11/2017.

El Parto es Nuestro. Rotura artificial de bolsa (Amniorexis) disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/rotura-artificial-de-bolsa-amniorexis> Consultado el 08/11/2017.

El Parto es Nuestro. “El mito del embarazo de 40 semanas ha caído” disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/08/21/el-mito-del-embarazo-de-40-semanas-ha-caido> Consultado el 08/11/2017.

El Parto es Nuestro. “Mitos de la preparación al parto.” disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/mitos-de-la-preparacion-al-parto> Consultado el 09/11/2017.

El Parto es Nuestro. “¿Qué es el parto fisiológico?” disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/que-es-el-parto-fisiologico> Consultado el 07/11/2017.

El Parto es Nuestro. “Tumbada NO” disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/12/11/tumbada-no> Consultado el 07/11/2017.

Frédéric Leboyer. “Biografía” disponible en <http://www.muscaria.com/frederick-leboyer.htm> Consultado el 18/10/2017.

Giberti, Eva. 1998 “Parto vertical” disponible en <http://evagiberti.com/parto-vertical/#more-2216> Consultado el 18/10/2017.

La Capital. "En Rosario ya se realizan partos en posición vertical" disponible en <https://www.lacapital.com.ar/la-ciudad/en-rosario-ya-se-realizan-partos-posicion-vertical-n384048.html> consultado el 15/11/2017

Ministerio de Salud. “Cuenta de Inversión 2015” disponible en <https://www.economia.gob.ar/hacienda/cgn/cuenta/2015/tomoi/jur80.htm> Consultado el 23/10/2017.

Municipalidad de Rosario. "Centros de Salud" disponible en <https://www.rosario.gov.ar/web/servicios/salud/centros-de-salud> Consultado el 23/10/2017.

OMS. "Piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos" disponible en <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/newborn-health-34> Consultado el 09/11/2017.

OPS/OMS Argentina. "Advierten sobre el aumento de cesáreas innecesarias en Argentina" disponible en http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=9935:advierten-sobre-el-aumento-de-cesareas-innecesarias-en-argentina&Itemid=227 Consultado el 09/11/2017.

Gustavo Baccifava. "POR UN PARTO MÁS HUMANO. PARTOS: 'DETENER EL FENÓMENO INTERVENCIONISTA'" disponible en <http://mater-pater.blogspot.com.ar/2013/12/por-un-parto-mas-humano-partos-detener.html> consultado el 15/11/2017.

Télam. "Reglamentaron la ley que establece los derechos de las mujeres antes, durante y después del parto" disponible en <http://www.telam.com.ar/notas/201510/122014-parto-respetado-reglamentacion.html> consultado el 02/11/2017

Portal web de la Provincia de Santa Fe. "Red de atención en salud integral y universal" disponible en <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560> consultado el 15/11/2017

Portal web de la Municipalidad de Rosario. "Centro de Salud" disponible en <https://www.rosario.gov.ar/web/servicios/salud/centros-de-salud> consultado el 15/11/2017